

COUNTWAY LIBRARY



HC 4XAJ 9

GYNÄKOLOGISCHE TAGESFRAGEN,

NACH BEOBACHTUNGEN IN DER GIESSENER
UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK

BESPROCHEN VON

DR. MED. H. LÖHLEIN,

ORD. PROFESSOR DER GEBURTSHÜLFE UND GYNÄKOLOGIE AN DER
UNIVERSITÄT GIESSEN.

DRITTES HEFT:

VII. ZUR DIAGNOSE UND THERAPIE DES GEBÄRMUTTERKREBSSES.

VIII. ZUR VENTRIFIXATION DER GEBÄRMUTTER.

IX. DIE VERHÜTUNG FIEBERHAFTER ERKRANKUNG
IM WOCHENBETT.

MIT ABBILDUNGEN.

WIESBADEN.

VERLAG VON J. F. BERGMANN.

1893.

BOSTON MEDICAL LIBRARY
IN THE
FRANCIS A. COUNTWAY
LIBRARY OF MEDICINE

10295~

Das Recht der Uebersetzung bleibt vorbehalten.

VII. Zur Diagnose und Therapie des Gebärmutterkrebses.

Vierzehn Jahre sind vergangen, seit W. A. Freund die Therapie des Gebärmutterkrebses durch die nach ihm benannte Methode der Total-exstirpation des Uterus von der Bauchhöhle aus bereichert hat. Am 30. Januar 1878 hat er zum ersten Mal nach dem von ihm ersonnenen Plan operirt, und am 9. April 1878 hat er in einer denkwürdigen Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin seine Methode dargelegt und zur Discussion gestellt. Es muss immer wieder und mag auch hier betont werden, dass es dem Verdienste Freund's keinen Eintrag thut, wenn seine Methode — wenigstens für die Mehrzahl der einschlägigen Fälle — bald durch die einfachere von Czerny, K. Schröder, A. Martin, Olshausen a. A. ausgebildete Form der Exstirpation des Uterus von der Scheide aus verdrängt wurde.

Von der letzteren ist allgemeiner bekannt, dass sie in ihrer verhältnissmässig frühzeitig erlangten typischen Ausbildung in Deutschland überall rasch, im Ausland zumeist nur zögernd Anerkennung fand. Es ist ferner bekannt, dass sie von der Mehrzahl der deutschen Gynäkologen als Carcinomoperation κατ' ἐξοχήν betrachtet wird, neben welcher die Schrödersche partielle Ausrottung des Organs bei Portiocarcinom relativ wenig, indessen um so treuere und überzeugtere Anhänger hat, — dass die Gefahr der Operation sich von Jahr zu Jahr immer mehr verkleinert hat, und dass man die Sterblichkeit nach derselben bald von 15 % bis auf 10 %, ja in den jüngsten Zusammenstellungen auf 8,4 % hat heruntergehen sehen. Einzelne Operateure haben Serien von Operationen mit noch erheblich

günstigeren Procentverhältnissen veröffentlicht. Dies variirt naturgemäss in erster Linie nach den für die Auswahl der Fälle geltenden Grundsätzen.

Fragen wir uns nun, wie gross der durch den hochehrwürdigen technischen Fortschritt für die Gesamtheit der Carcinomkranken erlangte Gewinn ist, so werden wir freilich recht bescheiden gestimmt: Noch immer beträgt die Häufigkeit der Recidive bereits in den ersten 2 Jahren nach der Operation etwas mehr als 50 %, und nach 5 Jahren scheinen höchstens noch 25 % recidivfrei und damit dauernd geheilt zu sein. Es muss bemerkt werden, dass hierbei die verschiedenen Arten des Carcinoma uteri — corporis, cervicis, portionis — promiscue verrechnet sind.

Wenn somit schon die Recidive den faktischen Nutzen der Operation erheblich einschränken, so geschieht es in noch höherem Maasse dadurch, dass die Zahl der überhaupt radical Operirbaren eine verhältnissmässig kleine ist. Nach grösseren Zusammenstellungen und auch nach meinen Erfahrungen (S. u.) beträgt sie etwa ein Viertel (25 %) der Carcinomkranken, die in die Kliniken, resp. zum Operateur kommen.

Demnach hat unter 16 Krebskranken, die in der Klinik Hülfe suchen, erst Eine Aussicht, dauernde Heilung zu finden!

Diese Thatsache ist gewiss geeignet uns bescheiden zu stimmen und uns zu veranlassen Alles aufzubieten, dass eine grössere Zahl Kranker Rettung finde. Von verschiedenen Seiten — so jüngst von Winter, Gusserow u. A. — ist bereits hervorgehoben, dass Fortschritte in dieser Richtung nur dann zu erwarten sind, wenn die weitesten ärztlichen Kreise auf die Wichtigkeit der frühzeitigen Erkenntniss des Carcin. ut. immer wieder aufmerksam gemacht werden. Der Absicht, die eigenen, wenn auch numerisch beschränkten Erfahrungen diesem grossen Zwecke dienstbar zu machen, verdanken die nachstehenden Mittheilungen ihren Ursprung.

2.

-1901

A. Das Carcinoma corporis-uteri.

Der Krebs des Gebärmutterkörpers tritt an Häufigkeit des Vorkommens bekanntlich weit hinter dem des untern Gebärmutterabschnitts zurück. Als eine so ausserordentliche Seltenheit wie dem Gynäkologen der 50er und 60er Jahre, von denen auch die erfahrensten nur einen oder einige Fälle gesehen zu haben berich-

teten, gilt er uns freilich nicht mehr. Denn nachdem C. Ruge und J. Veit in ihrer bahnbrechenden Arbeit¹⁾ das bis zum Jahre 1881 vorhandene Material kritisch gesichtet und durch 21 eigene Beobachtungen bereichert hatten, und nachdem hierdurch die Aufmerksamkeit aller Gynäkologen auf diesen Gegenstand gelenkt war, wurden namentlich in Folge der Einführung der diagnostischen Abrasio gar bald von allen Seiten kleinere und grössere Beobachtungsreihen veröffentlicht.

Wer sich recht frappant vergegenwärtigen will, wie die genannte Abhandlung in der That bahnbrechend war, der lese die Sitzungsberichte der Berliner geburtsh. Gesellschaft vom 24. März 1874²⁾ und vom 9. Mai 1876.³⁾ Die Ueberzeugung von der extremen Seltenheit unserer Carcinomform beherrschte damals noch die erfahrensten Praktiker, und beidemale wird in der Discussion hervorgehoben, dass es sich in den einschlägigen Fällen wohl nur um Fortsetzung des Krebsprocesses vom Mastdarm auf den Gebärmutterkörper gehandelt haben dürfte!

Die höchst befriedigenden Dauererfolge, die — im Gegensatz zu dem verzweifelnden Verzicht der älteren Generation auf jede eingreifende örtliche Behandlung dieser Fälle (Louis Mayer) — gerade beim primären Corpus-carcinom durch die Exstirpation der Gebärmutter alsbald erreicht wurden, waren weiterhin ganz besonders dazu angethan, in den letzten Jahren die geschärfte Aufmerksamkeit aller Frauenärzte der Diagnose gerade dieser Localisirung des Krebsprocesses zuzuwenden. So verfügen denn die grossen Kliniken jetzt schon über ganz ansehnliche Beobachtungsreihen, die zumeist durch die Totalexstirpation einer gründlichen Feststellung der makro- und mikroskopischen Verhältnisse zugänglich gemacht waren. Konnte doch auf dem Bonner Gynäkologen-Congress Leopold⁴⁾ als Correferent über dieses Thema bereits von 27 eigenen Fällen berichten, von denen 22 der Totalexspiration unterzogen worden waren, und zu denen

¹⁾ C. Ruge und J. Veit: Der Krebs der Gebärmutter, Stuttgart 1881.

²⁾ Berliner Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynäkologie. 1874. p. 120.

³⁾ Berliner klin. Wochenschrift. 1876. No. 26.

⁴⁾ G. Veit u. G. Krukenberg: Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie zu Bonn. 1891. p. 118.

„mindestens noch 16 Kranke mit Corpuscarcinom hinzuzurechnen waren, die er theils in der Klinik, theils consultativ gesehen hatte“.

In Uebereinstimmung mit dem Schröder'schen Lehrbuch¹⁾ möchte ich behaupten, dass es zur Zeit kaum gelingen wird, zuverlässige Ziffern über die Häufigkeit des primären Carc. corporis zu beschaffen. Ich glaube aber, dass in 5, spätestens in 10 Jahren genügendes klinisches Material hierfür vorliegen wird. Wohl lassen sich schon jetzt Zusammenstellungen über das Häufigkeitsverhältniss der Radicaloperationen bei Corpuscarcinom und derjenigen bei Collumcarcinom machen. Bezüglich der Zusammenstellungen, die hinsichtlich des primären Sitzes des Carcinoms den klinischen Aufzeichnungen zu entnehmen sind, wird man, wie gesagt, auf künftige Berichte aus Kliniken und Krankenhäusern verweisen müssen. Im Gegensatz zu Schröder möchte ich die — natürlich durch sorgfältige klinische und mikroskopische Diagnose — der Beobachtung an Lebenden zu entnehmenden Ziffern in dieser Frage für werthvoller halten als die durch die Sectionsberichte erlangten. Denn bei der weit fortgeschrittenen Verbreitung des Krebsprocesses, wie sie bei der Section meist gefunden wird, ist eine scharfe Bestimmung des primären Sitzes gar oft unmöglich. Wird es doch hie und da selbst am operativ entfernten Uterus — mithin in einem relativ frühen Stadium der Krankheit — wenn die Degeneration erst den innern Muttermund überschritten hat, nur durch die Kenntniss von der klinischen Entwicklung der Symptome möglich gemacht, über den Ausgangspunkt ein ganz präcises Urtheil abzugeben. (s. u.)

Unter den in den letzten 4 Jahren von mir beobachteten 87 Carcinomfällen befanden sich 6, in denen der Process sicher und 1, (Frau F. s. u. Carcin. colli et corporis) in dem er höchstwahrscheinlich von der Schleimhaut des Corpus ausgegangen war. Die Zeit wird lehren, ob diese Häufigkeit (8 % aller Gebärmuttercarcinome), welche die von Schröder beobachtete (3,4 %) beträchtlich überschreitet, eine zufällige ist oder nicht.

Ich werde im Folgenden über diese 7 in Giessen beobachteten Fälle berichten, vorher aber meine Berliner Erfahrungen über Carcinoma corporis kurz zusammenfassen.

¹⁾ 10. Auflage, umgearbeitet von M. Hofmeier. 1890. p. 377.

Nachdem ich während meiner Assistentenzeit nur 1 mal seitens Eduard Martins die klinische Diagnose auf Carcin. corporis ut. hatte stellen sehen, begegnete mir der erste völlig zweifellose Fall im März 1878 in Constantinopel, in Consultation mit zwei hochgeachteten dortigen Collegen: Eine Armenierin, im Anfang der 50er Jahre, Opara, bereits climacterica, litt seit einer Reihe von Monaten an immer wiederkehrenden geringen Uterinblutungen und äusserst heftigen, ganz typisch wiederkehrenden Schmerzen. Das Corpus war mässig verdickt, das Collum und die Umgebung frei. Es wurde die Sondenuntersuchung vorgenommen. Gewebepartikel, die an dem zurückgezogenen Instrument haften und seiner Herausnahme folgten, erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ausgesprochen carcinomatös. Ich stellte damals die Prognose ganz schlecht: mit einer höchst vorsichtigen Ausschabung und im Uebrigen rein symptomatischer Behandlung schien mir unser ärztliches Können erschöpft. In der That erlag die Kranke, wie ich später hörte, gegen Ende des Jahres 78 ihrem Leiden.

Die Einzelheiten dieses Falles haben sich deswegen meiner Erinnerung besonders lebhaft eingeprägt, weil ich nur wenige Wochen später — nachdem Freund seine ersten Mittheilungen über die Totalexstirpation inzwischen veröffentlicht hatte — in prognostischer und therapeutischer Beziehung weit weniger resignirt geurtheilt haben würde. Heute würde ich den Fall bezüglich der Aussicht auf dauernde Heilung durch die Totalexstirpation durchaus günstig und zuversichtlich beurtheilen.

In den Jahren 79—88 habe ich weitere 6 Kranke an Carcin. corporis zu behandeln gehabt, dazu 2 an hartnäckig recidivirender, durch wiederholte mikroskopische Untersuchung festgestellter Endometritis corp. haemorrhagica leidende Frauen, bei denen im weiteren Verlauf Carcinoma corp. auftrat. In dem einen Fall stellte A. Martin, in andern ich den nach Verlauf von Jahren zur Entwicklung gelangten Schleimhautkrebs fest. Auf den einen dieser Fälle komme ich noch ausführlicher zu sprechen.

Lasse ich diesen zunächst unberücksichtigt, so habe ich bis zu meinem Umzug von Berlin nach Giessen 7 Fälle zu verzeichnen gehabt, von denen im Allgemeinen Folgendes bemerkt sein mag:

Die Krankheit betraf in 7 Fällen 3mal steril verheirathete Frauen; bei 2 von ihnen hatte in langjähriger Ehe wohl niemals

ein perfecter Coïtus stattgefunden ¹⁾. — Von den Kranken war beim Auftreten der ersten Erscheinungen nur 1 unter 45 Jahren, von den übrigen 6 hatten 5 das 50. Lebensjahr bereits überschritten. In 2 Fällen handelte es sich um Combination mit intramuralen Myomen.

In 2 Fällen wurde die Totalexstirpation von mir ausgeführt; beide Operirte — eine jetzt 62jährige Predigerfrau und eine 50jährige Lehrerfrau — sind, die eine 4 ¹/₄, die andere 4 Jahre bis jetzt recidivfrei geblieben. Ein dritter, von anderer Seite operirter Fall erlag den Folgen des Eingriffs. Hier war die Diagnose deswegen erst relativ spät gestellt worden, weil eine gleichzeitig bestehende bewegliche Retroversioflexio des verdickten Organs die Aufmerksamkeit verschiedener Untersucher geraume Zeit abgelenkt hatte. Namentlich war die Beseitigung der Schmerzen durch die Aufrichtung des Uterus Schuld, dass allzu lange orthopädisch behandelt wurde!

Aus jener älteren Gruppe möchte ich nur eines Falles eingehender gedenken, der von mir vor einer Reihe von Jahren gelegentlich einer Discussion in der Berl. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. erwähnt wurde: Frau verwittw. v. d. H., eine wohlbeleibte Dame von untersetzter Statur und sehr lebhaftem Temperament, die nie geboren hatte, war — als ich sie 1879 zuerst sah — 54 Jahre alt, seit 2 Jahren Wittwe. Sie hatte angeblich schon seit 6 Jahren, bald nach dem Aufhören der regelmässigen Menses, in ungleichen Intervallen bald schwächere, bald stärkere rein blutige Abgänge bemerkt und war bereits 2mal Anfang 1878 von E. Küster und im Februar 1879 von K. Schröder ausgekratzt worden. Die in reichlicher Menge entfernten zottig-weichen Massen zeigten die ganz charakteristischen Bilder des Drüsencarcinoms. — Das Jahr 1879 verlief im Ganzen sehr günstig: der Kräftezustand war durchaus befriedigend, die Absonderung oft 3—4 Wochen lang frei von blutiger Beimengung. Als sich gegen Ende 79 reichlicherer blutig-wässriger Ausfluss zeigte, veranlasste ich eine neue (die 3.) Ausschabung durch K. Schröder im Januar 1880. Es ist mir noch so frisch im Gedächtniss, als hätte ich es gestern erlebt, wie Schröder nach der Ausschabung — im Hinblick auf die wohlgenährte Dame, die durch die Wärterinnen eben mühsam vom Operationstisch ins

¹⁾ Ueber die eine dieser beiden Kranken ist kurz berichtet im Centralbl. f. Gyn. 1888. p. 487.

Bett gehoben wurde, mit ihrer frischen Gesichtsfarbe und ihren runden Backen — kopfschüttelnd sagte: „Und das soll nun Krebskachexie sein!“ — Vom Januar bis April 1880 blieben die Blutungen völlig aus, von da an stellten sie sich allmählich wieder häufiger ein und im Juli 80 wurde (früher nach 11—12, diesmal schon nach 6 Monaten!) die vierte Abrasio nöthig. Als ich bei derselben wiederum eine grosse Menge theils villöser, theils markartiger Massen entfernt hatte, musste ich gleich die Abtragung eines haselnussgrossen, gefässreichen, suspect aussehenden und auch bei der mikroskopischen Untersuchung für „mindestens suspect“ erklärten fungiformen Polypen, der wenig oberhalb der orific. urethrae an der vordern Vaginalwand sass¹⁾, mittels Paquelin anschliessen.

Nachdem Pat. sich im Bad Flinsberg sehr rasch erkräftigt hatte, verlief der Herbst 80 recht gut, nur Ende October traten vorübergehend Schmerzen und vom 20.—22. Dezember wiederholt sehr profuse Blutungen auf. Pat. wollte damals den Kampf gegen das Leiden aufgeben. Durch die Indiscretion einer Bekannten auf den Krebscharacter ihrer Krankheit aufmerksam gemacht, erklärte sie ruhig sterben zu wollen. Eine tiefreligiöse und tapfere Natur fürchtete sie den Tod nicht und liess sich durch den Seelsorger (P. Büchsel) auf ihr Ende vorbereiten. Indessen die Erinnerung an die rasche Reconvalescenz und die immerhin nicht unbeträchtliche Zeit der Freiheit von Beschwerden, die sie nun schon 4mal erlangt hatte, liess sie Ende Januar 81 zum 5. und am 4. Juli 81 zum 6. Male sich der Operation unterziehen. Auch nach der 5. Operation waren 4 Monate vorzüglichen Wohlbefindens gefolgt, und noch im Juni 81 fühlte sie sich so kräftig, dass sie nach dem Harz in die Sommerfrische reisen wollte. Wegen der massenhaften Neubildung von Carcinom, die sich jetzt constatiren liess, rieth ich ihr ab. Denn jetzt fühlte man das Corpus ut. zu mehr als Kindskopfgrösse ausgedehnt durch weiche Geschwulstmassen, die bei der Tastung Fluctuationsgefühl erzeugten, und auch den Cervicalcanal durch grobkörnige Wucherungen uneben. Nach der 6. Abrasio bildeten sich die Krebsmassen rasch wieder nach: Ende October 81 reichte der ausgedehnte Corpus bis zur Nabelhöhe, aber trotz-

¹⁾ Analoge, wohl als Impfmetastasen aufzufassende Neubildungen in der Nähe der Urethralmündung bei Carc. corp. ut. erwähnt Kaltenbach. (Berl. klin. Wochenschrift. 1889. No. 18.)

dem bestanden bis Ende Dezember dieses Jahres nur selten — mehrmals nach 3—4 Wochen völlig ungestörten Wohlbefindens — Beschwerden. Erst im Januar 82 finden sich häufiger, und zwar alle 5—6 Tage wiederkehrende Schmerzanfälle notirt, denen geringe Blutabgänge folgten. Und so entschloss sich die Dulderin nochmals zur (7.) Ausschabung. Bei dieser musste ausserordentlich vorsichtig vorgegangen werden, denn der Uterus, Corpus wie Collum, war jetzt gewaltig ausgedehnt, dünnwandig und deutlich nach mehreren Richtungen fixirt. Diesmal kehrten schon nach 10wöchentlichem Wohlbefinden Schmerzen und Blutungen, im Mai und Juni allerdings nur mässig, wieder. Im October setzte der Tod den Leiden ein Ziel, und zwar unter den Erscheinungen des weit vorgeschrittenen Cervixcarcinoms (!) und der durch Umwucherung der Ureteren — 10tägiges tiefes Coma — erzeugten Urämie.

Warum ich diese Beobachtung bis in die Einzelheiten wiedergegeben habe? Weil sie ein sprechender Beleg dafür ist, 1.) wie lange der carcinom. Process offenbar auf die Schleimhaut des Uterus beschränkt bleibt, namentlich wenn die entarteten Massen in gewissen Zwischenräumen entfernt werden, wie er aber 2.) auch die Muskelwand des Uterus doch nur langsam durchsetzt, und 3.) wie es lange dauert bis die Grenze des innern M.-M. nach abwärts überschritten wird, dann aber die Symptome sich rasch verschlimmern. Aber auch 4.) um zu zeigen, welche wesentlichen Erleichterungen den an Corpuscarcinom Leidenden immerhin auch durch die palliativen Eingriffe gewährt werden können; und endlich 5.) weil dieser Fall die oben ausgesprochene Behauptung illustriert, dass der Sectionsbefund Zweifel über den primären Sitz des Leidens zurücklässt, die nur durch die Kenntniss des klinischen Verlaufs gehoben werden.

Neben dieser Krankengeschichte mag noch eine zweite aus meiner Berliner Thätigkeit stammende, deren ich bereits in der Bonner Discussion über *carc. corp. ut.* Erwähnung gethan habe¹⁾, hier mitgetheilt werden. Sie ist ausgezeichnet durch den ausserordentlich langsam sich vollziehenden Uebergang chronisch-endometrischer zu exquisit malignen Veränderungen der Corpusschleimhaut.

¹⁾ Verhandlungen des 4. Congresses d. deutsch. Ges. f. Gynäk. zu Bonn Leipzig 1892. pag. 144.

Frau v. H. war bereits 61 Jahre alt, als ich sie im April 1880 wegen anhaltender Uterinblutungen in Consultation mit H. Coll. M. Bartels zuerst sah. Sie hatte als Mädchen eine Becken-peritonitis überstanden und war vor vielen Jahren von einem Schleimpolypen befreit worden, nachdem längere Zeit Erosionen der Mutterlippen örtliche Behandlung nöthig gemacht hatten. Nach steriler Ehe seit einer Reihe von Jahren Wittve hatte sie die Menses vor 10 Jahren verloren. Seit einem halben Jahr bestanden ab und zu geringe, seit einigen Wochen ziemlich anhaltende und unterm Einfluss von Gemüthsbewegungen mehrmals abundante Blutungen; kein Fluor, vage Schmerzempfindungen. Status: gesundes Aussehen, lebhaftes Temperament, äusserlich kein Tumor nachweisbar. Mutterlippen intact, die hintere mit dem Gewölbe faltig verwachsen; Corpus ut. mässig, aber deutlich verdickt.

Nach Erweiterung mittels Laminaria wurde die Abrasio gemacht: die Gebärmutterhöhle erschien geräumig, die Schleimhaut im Ganzen glatt, nur links, an der seitlichen und an der hintern Wand, war die Oberfläche durch Wucherungen uneben. Die Auskratzung wurde um so gründlicher und von dem Ausgeschabtem um so zahlreichere Schnitte gemacht als der Verdacht auf Carcinoma corporis durch die Krankengeschichte ja sehr nahe gelegt war. Es fanden sich indessen in keinem Präparat verdächtige Stellen. Die Abbildungen, 1 u. 2 d. Taf. III. IV., die Herr Dr. Walther nach den damals von C. Ruge angefertigten, wohl erhaltenen Schnitten gezeichnet hat, entsprechen nur einer Endometritis chron. interstitialis et glandularis; Mischform mit ektatischen Drüsen.

Durch den Eingriff waren die Blutungen nur für einige Wochen völlig beseitigt, dann kehrten sie wieder, zunächst nur in grösseren Intervallen, später wochen- ja monatelang ununterbrochen, wenn auch mässig anhaltend. Der Kräftezustand ward dadurch nicht nennenswerth alterirt. Da Pat. sich jegliche Schonung angedeihen lassen, u. A. jedes Jahr mehrere Monate in Marienbad verleben konnte, empfand sie die immer erneuten kleinen Blutverluste nicht als Schwächungen, und die Erscheinung, „an die ihre Natur sich völlig gewöhnt hätte“, ängstigte sie nicht. — In den Jahren 1884 und 85 wurde wiederholt längerer Nachlass der Blutung bemerkt, während eine andere lästige Erscheinung auftrat, nämlich zeitweise recht beträchtliche Ödeme der untern Extremitäten, für die keine Organerkrankung verantwortlich gemacht werden konnte. Auch

Gallensteinbeschwerden, die schon in früheren Jahren bestanden hatten, meldeten sich von Zeit zu Zeit wieder an. Als diese schwanden, stellten sich die Blutabgänge wieder häufiger ein. Ohne irgendwelche Erscheinungen ausgesprochener Anämie zu erzeugen, hielten sie, trotz Ergotin, Hydrastis und später Hydrastinin mit nur vorübergehenden Unterbrechungen bis zum Lebensende an.

Als sie sich im Frühjahr 1891 vorübergehend gesteigert hatten, wurde mir nochmals Gelegenheit, das Cavum corp. zu exploriren.

Jetzt lehrte schon das makroskopische Ergebniss der Excochleatio, dass es sich um ein Carcinoma corporis handelte, das den innern M.-M. nach abwärts eben überschritten hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Bilder des „malignen Adenoms“ und des Drüsencarcinoms, wie die Zeichnungen des Herrn Dr. Walther beweisen, die sich auf Taf. III. IV. unter No. 3, 4, 5 finden.

An eine Totalexstirpation war bei der nun 71jährigen Dame nicht zu denken, da der Uterus zu dieser Zeit mehr als faustgross verdickt und — nach beiden Seiten, besonders nach rechts mit weiteren knolligen Tumoren zusammenhängend — mitsammt diesen durch zahlreiche fixirende Stränge unbeweglich im Beckeneingang festgehalten war. Eine Entwicklung von parauterinen, zum Theil cystischen Tumoren war zuerst 1886 bemerkt, später war sehr langsam fortschreitendes Wachsthum notirt worden. — Als nach 4 weiteren Leidensmonaten, in denen namentlich quälende, in die Schenkel ausstrahlende Wehenschmerzen sich den früheren Beschwerden zugesellt hatten, eine Gehirnapoplexie im Spätsommer 1891 der Kranken ein rasches und schmerzloses Ende bereitete, zeigte sich der nachstehende Befund, den ich einer gütigen brieflichen Mittheilung des Herrn Privatdocenten Dr. O. Israel (Berlin) verdanke: die untere Hälfte der Bauchhöhle war durch eine zum grössten Theil derbe Geschwulst ausgefüllt, deren Centrum der zur Dicke zweier Fäuste vergrösserte Uterus bildete, während die seitlich sich anschliessenden Partien vornehmlich aus prallen Cysten bestanden. Ein Theil der letzteren hatte flüssigen, dunkelbraunrothen Inhalt, ein anderer breiigen von derselben Farbe. Die Ovarien konnten aus dem festen Convolut der Cysten und des Fundus ut. znnächst nicht herauspräparirt werden. Der vergrösserte Uterus zeigt von der portio vag. beginnend eine faustgrosse Anschwellung durch ein an der Innenfläche ulcerirtes Carcinom. Die

Wand des Fundus ut. ist durchschnittlich bis auf 4 cm verdickt, sehr derb, muskulös, an der Schleimhaut des Uterus fällt starke Proliferation auf und Durchsetzung mit weichen Krebsmassen, die zum Theil oberflächlich ulcerirt sind. Carcinometastasen in der Leber und den Lungen.

Es mag wiederum zunächst darauf hingewiesen werden, dass auch hier wie im vorigen Fall das primäre Erkranktsein der Corpus-Schleimhaut bei der Autopsie kaum mit Bestimmtheit zu behaupten gewesen wäre, wenn nicht die Krankengeschichte und die frühere Untersuchung jeden Zweifel ausgeschlossen hätten.

Die weitere, besonders wichtige Frage, ob es sich hier um einen ganz ungewöhnlich — durch mehr als 11 Jahre — protrahirten von Anfang an carcinomatösen Vorgang am Endometrium handelte, oder ob anfangs nur gutartige, chronisch-entzündliche Veränderungen, wie sie die erste Ausschabung ergab, bestanden, die erst verhältnissmässig sehr spät einen malignen Character annahmen, kann mit absoluter Sicherheit nicht entschieden werden. Immerhin sprechen sehr triftige Gründe für die letztere Annahme: zunächst die besondere Sorgfalt, mit der bei der 1. Ausschabung und der Untersuchung der ausgeschabten Partikel verfahren wurde. Da die Annahme einer bösartigen Veränderung nur der mikroskopischen Bestätigung zu bedürfen schien, wurde alles Entfernte aufs Eifrigste, aber erfolglos durchsucht. Der Einwand, es könne sich trotzdem bereits damals ein minimaler Krebsherd im Cavum befunden habe, der sich der Abrasio doch entzogen habe, ist damit ja nicht völlig zurückgewiesen, aber er erscheint doch weit weniger gewichtig als in flüchtig untersuchten Fällen. Ferner sprechen für die obige Annahme das Beschränktbleiben der carcinomatösen Degeneration auf die Schleimhaut des Uterus, während die Muskelwand wenigstens makroskopisch frei erschien, sowie das Auftreten von Schmerzen, wie sie gerade beim Carc. corporis häufig beobachtet werden, erst in den letzten Monaten, resp. Vierteljahren der Krankheit. Endlich würde die ausserordentliche Hartnäckigkeit der chronischen Endometritis haemorrhagica in den langsam sich entwickelnden Degenerationsvorgängen an den Ovarien und ihrer Umgebung eine einigermaßen befriedigende Erklärung finden, während eine mehr als 11 Jahre lang unter milden Erscheinungen sich ausbildende krebssige Entartung der Corpusschleimhaut, die noch dazu immer auf diese Schleimhaut

beschränkt geblieben wäre, ein völliges Unicum darstellen würde. — Die ausserordentliche Wichtigkeit der Frage des Uebergangs von chronisch entzündlichen in maligne Erkrankungsformen dürfte die Ausführlichkeit, mit der auch dieser Fall berichtet wurde, erklären und rechtfertigen.

In Giessen war mein erster Fall von Corpus-carcinom complicirt mit sehr beträchtlich entwickeltem Carcinom beider Ovarien.

I. Die 56jährige Kranke, Frau Str., 0 para, war bis zum 54. Jahr regulär menstruiert gewesen; im 55. Jahr stellten sich, anfangs in grösseren Zwischenräumen, Blutabgänge ein, die dann fast ein Jahr lang ununterbrochen anhielten und erst in den letzten Monaten vor der Aufnahme mit Schmerzen im Abdomen und Auftreibung desselben complicirt waren. Die Kachexie war bereits sehr vorgeschritten, eine radicale Entfernung der Tumoren erwies sich bei der auf die dringenden Bitten der Patientin vorgenommenen (diagnostischen) Incision als nicht durchführbar. Trotzdem das Drüsencarcinom der Ovarien zur Entwicklung reichlich kindskopfgrosser Geschwülste geführt hatte, während das diffuse Adenocarcinoma der Corpusschleimhaut mit nur mässiger Dickenzunahme des Uterus verbunden und das Organ mithin viel unscheinbarer verändert war, wurde letzteres doch als primärer Sitz der Krankheit angesprochen. Bestimmend war hierfür einerseits die Reihenfolge, in der die Beschwerden sich entwickelt hatten, und andererseits die bekannte und durch die oben mitgetheilte Krankengeschichte der Frau v. d. H. und v. H. neu bestätigte Erfahrung von der Langsamkeit der Entwicklung primärer Corpuscarcinome im Gegensatz zu dem rapiden Wachsthum der Metastasen.

II. Der 2. Fall (1889 J. N. 72) betraf eine 54jährige Kranke (v. O.), die 8mal geboren hatte, zuletzt vor 20 Jahren. Menses bis zum 46. Lebensjahr regelmässig, danach fast continuirlich Blutabgang, bald nur ganz gering, bald stärker. Einige Zeit Morphismus. Die diagnostische Abrasio ergiebt exquisites Drüsencarcinom. (In diesem wie auch im vorhergehenden und den folgenden Giessener Fällen wurde die Bestätigung der mikroskopischen Diagnose durch das pathologische Institut eingeholt.) Total-exstirpation 22. III. 89. Wundverlauf nur vorübergehend durch geringes Abendfieber (38,0, Parametritis) complicirt. Letzte Exploration 3 Jahre nach der Operation. Kein Recidiv.

III. Im 3. Fall (1890. J. N. 182) handelte es sich um eine 62jährige Patientin (Frau Fl.), die 4mal geboren hatte, zuletzt vor 26 Jahren, Menopause mit 55 Jahren. Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren vermehrte Schleimsecretion, erst seit $\frac{1}{2}$ Jahr blutige Beimengungen, dann zuletzt — angeblich nach Entfernung eines Schleimpolypen am M.-M. — rein blutiger Abgang. Befund: Scheide senil verengt, in der Corpuswand multiple Myomknoten, der grösste reichlich wallnussgross. Corpusschleimhaut beträchtlich verdickt, zottig gewuchert, namentlich in einem dem grössten Myomknoten gegenüberliegenden Recessus. Ausgesprochener Drüsenkrebs. Operation am 20. VI. 90. Verlauf ohne die geringste Störung. Entlassung am 10. VII. 90. Wiederholte Nachuntersuchung. Kein Recidiv.

IV. Der vierte Fall bot ein ausgezeichnetes Beispiel eines primären Plattenepithelcancroids des corpus ut. Frau E. aus Siefersheim (1891. J. N. 125), 62 Jahre alt, hat 3mal geboren. Cessation mit 45 Jahren. Seit 1 Jahr wieder Blutungen, seit 4 Wochen blutig-schleimiger Ausfluss. Wir fanden die Scheide senil verändert, die Portio derb, den Cervicalcanal fast vollkommen für den Finger durchgängig, seine Oberfläche intact. Die Sonde zeigte 9 Cm. Canallänge. Die Cürette förderte aus dem Cavum corp. sehr reichliche gelblich-weiße, bröckelig-morsche Massen zu Tage.

Mikroskopisch fällt an den grösseren Stücken zunächst das Fehlen drüsiger Elemente auf. Es finden sich zahlreiche Nester und ausgedehnte Einlagerungen von grossen Zellen mit den Characteren des Plattenepithels, dem polygonalen, scharfgezeichneten Contour, den grossen ovalen, im Zellprotoplasma deutlich hervortretenden Kernen (vergleiche die Abbildung No. 6 auf Tafel III. IV.). Ueberall finden sich in den Krebsherden centrale „Perlen“ mit deutlicher zwiebelschaalenartiger Schichtung und Aneinanderreihung der Zellelemente, die bei der Einwirkung von Picrocarmin deutliche Gelbfärbung zeigen. Dazwischen ein spärliches, kernarmes Bindegewebe. — Im Gegensatz zu andern Ausschabungen bei Carcin. corp. schlossen sich bei dieser Patientin — trotzdem natürlich dieselben Cautelen wie immer beobachtet worden waren, — übelriechender Ausfluss und eine, wenn auch geringe Fieberbewegung (höchste Abendtemp. 38,2) an den Eingriff an.

Da die Umgebung des Uterus frei erschien, wurde der Patientin die Totalexstirpation dringend angerathen. Sie wie auch ihre

Angehörigen waren indessen durchaus nicht zu einem grösseren Eingriff zu bewegen. Auf unsere spätere briefliche Anfrage erfuhren wir, dass das Leiden auch nicht vorübergehend durch die Ausräumung gebessert worden war. Pat. musste dauernd das Bett hüten, „die Schmerzen waren grösser wie zuvor und dauerten bis ans Ende, das schon am 31. Juli 91 — drei Monate nach der Ausschabung — eintrat.“ Im Gegensatz zu dem langsamen Verlauf des primären Carcin. corporis bei der malign.-adenomatösen Form desselben und zu dessen geraume Zeit anhaltender Besserung durch die Ausschabung erscheint der rasch fortschreitende Kräfteverfall und der Misserfolg des palliativen Eingriffs bei unserm primären Plattenepithelialcancroid des corp. ut. sehr beachtenswerth. — Die Zurückweisung der Totalexstirpation erscheint nach dem Verlauf doppelt beklagenswerth.

Was den übelriechenden blutig-eitrigen Abgang betrifft, der sich an die Abrasio anschloss, so entsprach derselbe ohne Zweifel dem Erguss einer Pyometra. Dies geht namentlich auch aus der Vergleichung mit dem von Carl Gebhard jüngst¹⁾ ausführlich beschriebenen analogen Fall hervor. Auch dort entleerte sich beim Aufschneiden der ziemlich geräumigen Höhle des Uterus, der durch die Totalexstirpation entfernt worden war, weil die ausgekratzten Massen die Diagnose „Cancroid mit deutlichen Epithelperlen“ hatten stellen lassen, — dicker, bräunlicher, stark übelriechender Eiter.

V. Der 5. Fall (Frau H. aus Nidda, 1891, J. N. 359, betraf eine 53jährige Frau, die 2 mal, zuletzt vor 24 Jahren, geboren hatte. „Menses“ in den letzten Jahren irregulär, Schmerzen seit 1 Jahr, seit 8 Wochen beträchtlich gesteigert; grosse Schwäche. — Hochgradige Blässe und Kachexie. Leistendrüsen geschwollen. Portio derb, Cervicalcanal eng; Corpus ut. faustgross, aufrecht stehend, durch das verkürzte und verdickte linke lig. latum etwas nach links gestellt. Das weite cavum corp. ist mit weichen, bröckelig zerfallenden Massen gefüllt, namentlich nach links hinten besteht ein mit weichen Tumormassen gefüllter Recessus. — Totalexstirpation am 29. XI. 91. Die Unterbindung des linken lig. lat. macht erhebliche Schwierigkeiten; die stark verdünnte hintere Wand wird bei der Umstürzung vom Cavum aus perforirt. Blutverlust gering. —

¹⁾ Ueber die vom Oberflächenepithel ausgehenden Carcinomformen sowie über den Hornkrebs des Cav. uteri. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXIV. p. 1—8.

Bei unbedeutendem Fieber (nur am 2. Tag stieg die Temp. bis 38,3) und unter mässigen peritonitischen Erscheinungen sanken die Kräfte von Tag zu Tag, und am 3. XII. 91 erfolgte der Exit. let. — Section: leichte serofibrinöse Peritonitis, auf die tiefen Partien des Abdomens beschränkt, das linke lig. lat. erscheint an den unterbundenen Stellen noch krebzig infiltrirt.

Besonders erwähnenswerth erscheint bei der vorgeschrittenen krebigen Durchsetzung der Wand des Corp. ut. und der reichlichen Tumormasse in der Höhle desselben das völlige Intactbleiben des Cervix.

Die in der Krankengeschichte notirten Schmerzen finden ihre Erklärung in der Enge des Kanals, die ganz an die Verhältnisse einer Opara erinnerte. — Der ungünstige Ausgang ist wohl sicher auf die bereits zu weit vorgeschrittene Kachexie zurückzuführen.

VI. Ein wesentlich von dem eben beschriebenen verschiedenes Krankheitsbild bot Frau F. aus Darmstadt (1891, J. Nr. 461). Die 49jährige Kranke, die 7 mal geboren hatte, litt seit 1 Jahr an atypischen Blutungen. Bereits seit wenigstens 2 Jahren bestanden ausserdem heftige Schmerzen bei jeder Periode, so dass sie seit Sommer 90 die betr. Tage das Bett hüten musste. Während des Gebrauchs von Soolbädern im Sommer 91 nahmen die Blutungen zu, und es mussten wiederholt örtlich Styptica angewandt werden. Befund Ende November 91: Leidender Ausdruck, Anämie; eine derbe empfindliche Geschwulst von etwas unregelmässiger Oberfläche überragt den Beckeneingang in der Mittellinie um 3 Querfinger und erstreckt sich gegen die fov. iliaca dextra. Innerlich erscheint die Portio derb verdickt, die vaginale Oberfläche intact. Ueber dem narbig verengten M-M fühlt man derbe, körnige Prominenzen im Cervicalcanal. Diagnostische Excisio et Abrasio. Hierbei ergiesst sich schwarzes, in der Körperhöhle zurückgehaltenes Blut (Haematometra). Die Cürette räumt zunächst reichliche brüchig-mürbe Massen aus der Cervixwand aus, die in ihren oberen Partien viel weicher erscheint als in der Nähe des äussern Muttermundes. Die Cervixhöhle erscheint danach weit und geräumig. Sodann wird das cavum corp. cürettirt und die Massen gesondert aufbewahrt. Das Ergebniss ist auch hier ein sehr reichliches. Derbere wie auch erweichte Krebsmassen werden aus dem beträchtlich ausgedehnten Cavum herausgefördert. Das letztere erschien in der rechten Seite des Fundus besonders stark ausgebuchtet, diese Partie ausserdem

fixirt. Die mikrops. Untersuchung ergab für die aus dem Corpus entnommenen Massen: an einzelnen Theilen typisches „Adenoma malignum“, an andern nur Carcinomnester mit derbem Zwischengewebe, (vergl. die Abbildung No. 7 auf Taf. III. IV.,) an einzelnen auch noch das Bild der einfachen glandulären Endometritis. Die aus dem Cervix entnommenen Partikel zeigten im derben bindegewebigen Stroma zahlreiche Krebsnester von grossen epithelialen Zellen. Die Ausdehnung des Processes, der in der Gegend des rechten Tübenostiums höchstwahrscheinlich auf die Umgebung weitergegangen war, die Fixation des Uterus in der rechten fov. iliaca und die Rücksicht auf den Kräftezustand der Patientin liessen von einem radicalen Eingriff — es würde nur die Freund'sche Totalexstirpation in Frage gekommen sein — absehen. Neun Tage nach der Abrasio wurde eine Cauterisation mittels Chlorzink-Bäuschchen vorgenommen und reactionslos vertragen. Nach Ausstossung grosser Fetzen nekrotisirten Gewebes erschien das Volumen des Uterus beträchtlich verkleinert. Es schloss sich ein halbes Jahr befriedigenden Wohlbefindens an den palliativen Eingriff an. In dieser Zeit bestanden nur selten und nur vorübergehend kleine Blutabgänge, Schmerzen dagegen fast gar nicht.

VII. Unser 7. Fall (Frau F. 1892, Nr. 326) betraf eine 44jährige Bauersfrau, die 5 mal, zuletzt vor 5 Jahren, geboren hatte. Die Menses waren bereits schwächer geworden, wenn sie auch noch nicht völlig cessirt hatten, als vor 4 Wochen stärkerer Blutabgang auftrat, der die ganze Zeit hindurch anhielt und hochgradige Entkräftung verursachte. Die Ausschabung des retrovertirten, etwas ungleichmässig verdickten Uteruskörpers ergab ein ausgesprochenes alveoläres Carcinom. Trotz der dringlichsten Vorstellungen verweigerte Pat., die sich nach der Ausschabung zusehends erkräftigte, die Radicaloperation, da sie ja „gesund gemacht“ sei. (S. u.)

Meine 7 Giessener Beobachtungen bestätigen in gleicher Weise wie die 7 Berliner zunächst die für das Carcin. corporis ut. allgemein anerkannte Thatsache des relativ späten Auftretens der Krankheit. Wiederum hatten von 7 Erkrankten 5 das 50. Lebensjahr bereits überschritten, und es betrug das mittlere Alter, in welchem ärztliche Hülfe nachgesucht wurde, — 54 Jahre. (Williams 52,5, Hofmeier 54,5 Jahre).

Ferner waren auch unter diesen 7 Fällen 1 mal Complica-

tion mit intramuralem Myom zu verzeichnen; es kam demnach die Combination beider Geschwulstformen unter 14 Fällen 3 mal vor. Es ist auf dieses Zusammentreffen vielfach hingewiesen worden, und verschiedene Autoren sprechen die myomatöse Neubildung direkt als dasjenige ätiologische Moment an, das den Boden, die Disposition, für die maligne Entartung geliefert habe.

Dazu sind wir angesichts der ausserordentlich grossen Häufigkeit der Myombildung in der Corpuswand und der im Vergleich zum untern Gebärmutterabschnitt immerhin seltenen Carcinombildung am Gebärmutterkörper meines Erachtens nicht berechtigt.

Was das relativ häufige Befallenwerden von Nulliparen betrifft, so verhielten sich die beiden Gruppen nicht übereinstimmend: unter den 7 Kranken der 1 Gruppe waren 3, unter denen der 2. Gruppe nur 1 Nullipara (I. Carc. corporis ut. et ovariorum), und die durchschnittliche Geburtenziffer der 6 Frauen aus der 2. Gruppe, welche geboren hatten, war nicht niedrig (= 4,8 Geburten). Immerhin bleibt die Zahl von 4 Nulliparen unter 14 verheiratheten Frauen (28,6%), die von dem Leiden ergriffen wurden, bemerkenswerth genug, zumal wenn man bedenkt, dass die grösseren Zusammenstellungen über die Geburtenzahl bei Gebärmutterkrebs überhaupt (Hofmeier) nur 2,5% Nulliparae unter den Carcinomkranken ergeben.

Zu diesen vielfach hervorgehobenen Momenten, die ja im Einzelfall recht wohl die Bedeutung eines Hinweises auf maligne Erkrankung der Corpusschleimhaut haben mögen, kommen nicht selten charakteristische Einzelheiten der Krankengeschichte hinzu, welche die wachgerufene Vermuthung zu stützen geeignet sind.

Zunächst ist hier der bekannten, bereits von den älteren Autoren (J. Simpson) beschriebenen, in bestimmten Intervallen, ja zu bestimmten Tageszeiten wiederkehrenden Schmerzanfälle zu gedenken. Sie treten in solchen Fällen auf, in denen der erschwerte Abfluss von Geschwulstpartikeln, Blutgerinnseln und Secret die erkrankte Uteruswand empfindlich ausdehnt und endlich schmerzhafte Contractionen derselben auslöst. So waren sie denn auch in meinen 14 Fällen am charakteristischsten vorhanden bei 2 Nulliparen (der Armenierin und der jetzt 62jährigen Predigerfrau der I. Gruppe) mit sehr engem Muttermund und bei 2 Frauen, die zwar mehrmals geboren hatten, bei denen aber entweder die Retroflexio

uteri, und zwar so lange diese nicht aufgerichtet war, oder die ausdrücklich erwähnte Stenose des canal. cervic ein mechanisches Hinderniss darbot. Bei der Mehrzahl fehlten sie oder traten doch nicht in den Vordergrund. Hier waren es im Wesentlichen die Blutungen, die die Frauen zum Arzt trieben.

Was die Art dieser letzteren betrifft, so ist das „Wiederauftreten der Periode“, nachdem dieselbe bereits längere Zeit — mehrere Jahre — völlig cessirt hatte, in hohem Grade suspect und erweckt überall da, wo der untere Abschnitt der Gebärmutter keinen abnormen Befund bietet, die Vermuthung einer malignen Erkrankung des Endometrium corporis. Indessen stellt sich denn doch bei einer grossen Zahl dieser Kranken, deren Anamnese stutzig gemacht hatte, ein gutartiger Process: Endometritis corporis mit oder ohne gleichzeitige Endometritis cervicalis, Polypenbildung u. s. w. als Ursache der Blutungen heraus. Bei älteren Frauen sind es namentlich auch Fälle von einfachen Schleimpolypen des can. cervicalis, die lange Zeit schleimig-blutige, oft übelriechende Ausscheidungen und lästiges Gefühl von Drängen nach abwärts veranlasst haben, die nach meiner Erfahrung nicht selten der Kranken und ihrer Umgebung und zuerst auch dem Arzt die Befürchtung erwecken, dass es sich um Carcinoma corp. handeln möge. Die Freude dieser Kranken pflegt überschwänglich zu sein, wenn man ihnen bestimmt versichern kann, dass es sich um eine durchaus nicht bösartige Erkrankung handelt.

Wenn schon aus diesen längere Zeit nach der Cessatio mensium auftretenden Blutungen eben nur Vermuthungen entnommen werden können, so ist den gegen das Climacterium hin oder im näheren Anschluss an die climacterischen Unregelmässigkeiten der Menses auftretenden Urinblutungen eine semiotische Bedeutung überhaupt nicht beizumessen. Bei jener wie bei dieser Kategorie von Kranken ist ein bestimmter Ausspruch über die Ursache der Blutung nur möglich auf Grund einer genauen Untersuchung der erkrankten und blutenden Corpusschleimhaut.

Denn auch die sorgfältigste combinirte Untersuchung des Organs pflegt einen positiven diagnostischen Anhalt nicht zu gewähren. Eine unverkennbare, wenn auch gewöhnlich nur mässige Dickenzunahme der Wandung und eine teigig-nachgiebige Consistenz derselben findet sich — ausgenommen die Fälle, wo chronischer Infarkt oder intraparietale Fibroidknoten die Wand derb

erscheinen lassen, — eben so oft bei chronisch-entzündlichen Hyperplasien des Endometrium wie beim Carcinoma corporis, das ja am häufigsten ebenfalls eine flächenhaft ausgedehnte krebssige Infiltration der Schleimhaut erzeugt. Der Process muss schon sehr erheblich vorgeschritten sein, wenn Krebsknoten in der Wandung des Corpus unregelmässige Vorbuckelungen seiner Oberfläche zu Stande brachten. Und selbst wo solche constatirt werden, dürfte ihre Unterscheidung von complicirenden subserösen oder intramuralen Fibroiden nur unter bestimmten Verhältnissen möglich sein.

Demnach sind wir für die Diagnosenstellung einzig und allein auf die Untersuchung der erkrankten Schleimhaut selbst angewiesen. Von dieser aber können wir glücklicherweise mit Fug und Recht sagen, dass wir für die Beurtheilung der einschlägigen Erkrankungsformen durch die verdienstvollen Arbeiten von C. Ruge und J. Veit wirklich brauchbare Anhaltspunkte gewonnen haben, und dass die von Jenen empfohlene Art der mikroskopischen Diagnose, die „diagnostische Abrasio“, anfangs bekämpft und angezweifelt, sich von Jahr zu Jahr in allem Wesentlichen mehr und mehr als zuverlässige Grundlage für unsere Diagnose und damit für unser therapeutisches Handeln bewährt hat, als eine Grundlage, welche auch Diejenigen fleissig benützen und nimmer missen möchten, die auch heute nicht aufhören an ihr zu mäkeln, indem sie von ihr verlangen, was sie nicht leisten kann.

Bei der Entnahme der für die mikroskopische Untersuchung bestimmten Stücke muss selbstverständlich planmässig vorgegangen werden; es muss hierbei ein genauer Befund des Uterusinnern aufgenommen und die Stelle der Innenfläche, der die abgeschabten Partikel entstammen, möglichst bestimmt bezeichnet werden. Damit soll indessen nicht zugegeben werden, dass überall eine digitale Austastung der Uterushöhle in diesen Fällen unerlässlich sei. So hoch ich deren Werth bei gewissen krankhaften Zuständen anschlage, namentlich wenn es sich um Entartungen des Eis oder Entfernung von Schwangerschaftsrückständen handelt, so sicher glaube ich, dass der mit der Führung der Cürette völlig Vertraute auch ohne Digitalexploration das zur Entscheidung der hier vorliegenden Frage Erforderliche festzustellen und zu erlangen vermag. Allerdings wird es wegen der Enge des canal. cervic. in den hierhergehörigen Fällen (alte Nulliparae!) häufig erforderlich und immer vortheilhaft sein, eine oder die andere Methode der Dila-

tation vorzuschicken, um eine Cürette oder einen Schröder'schen scharfen Löffel mittleren Calibers leicht einführen, jeden Punkt der Innenfläche prüfen und auch etwas grössere Abschabsel zu Tage fördern zu können.

Es verdient in dieser Beziehung hervorgehoben zu werden, dass bei 2 unserer Patientinnen, die vorher ausserhalb örtlich behandelt und speciell cürettirt waren, wegen ungenügender Ausführung der diagnostischen Abrasio deren Zweck nicht erreicht wurde. In dem einen dieser Fälle (III. Frau Fl.) hatte zweifellos das in die Höhle vorspringende Fibromyom ein Hinderniss für die genügend hohe Einführung des scharfen Löffels abgegeben. In Folge dessen waren nur von den oberen Partien der Cervicalmucosa und den untersten der Corpusmucosa bedeutungslose Stückchen entnommen worden, während der carcinomatöse Process im Fundus und seiner Umgebung entwickelt war.

Wo der scharfe Löffel in grosser Ausdehnung auf zottig-weiche Wucherungen trifft und reichliche Mengen davon zu Tage fördert, vielleicht mit bereits vorgeschrittenem Zerfall an der Oberfläche, oder wo sich knotige Einlagerungen zeigen, die sich durch ihre weniger derbe Consistenz von submucösen Fibromyomen sofort unterscheiden, wo endlich der Löffel gar auf völlig erweichte Carcinomknoten in der Wand trifft und gelblich-weiße markähnliche Massen aus diesen Partien aushebt, da bedarf es meist nur der Bestätigung einer bereits mit einem hohen Grad von Wahrscheinlichkeit gestellten Diagnose durch das Mikroskop.

Aber auch da, wo es sich um relativ frischere Prozesse handelt, — ohne Zerfall, ohne secundäre Knotenbildung in der Wand, — ist in dem Stadium, in welchem das Carcinoma corp. überhaupt Symptome (Blutungen und Schmerzen) verursacht, die Diagnose durch das Mikroskop meist nicht schwer. Man kann auch heute noch bezüglich des makro- und mikroskopisch-anatomischen Verhaltens auf die treffliche Beschreibung in der Ruge-Weit'schen Arbeit ¹⁾ als auf den besten Inhalt bei der Prüfung des einschlägigen Untersuchungsmaterials verweisen. Bezüglich des Ausgangs der Erkrankung vom Drüsenepithel und vom Oberflächenepithel und

¹⁾ Der Krebs der Gebärmutter; pag. 42 u. 43 und die classische Tafel I der Abbildungen.

bezüglich des Verhältnisses zwischen Adenom und Carcinom mag besonders auf Hofmeiers Referat auf dem Bonner Gynäkologen-Congress ¹⁾ verwiesen sein, dem ich nach meinen Erfahrungen durch-aus beipflichten muss.

Grössere Schwierigkeiten kann gelegentlich die Unterscheidung zwischen chronisch-entzündlichen Hyperplasien der Schleimhaut (Endometritis glandularis chron.) und dem „Adenom“ derselben bereiten oder dem Adenom-Stadium des Carcinoms, wenn anders man annimmt, dass der ausgesprochenen Krebsbildung an der Corpus-schleimhaut gewöhnlich oder immer der Zustand von wuchernder Drüsenentwicklung vorausgeht, dessen Bilder man so häufig neben denen von unverkennbar krebsig-entarteten Drüsen findet. Aber auch diese Schwierigkeiten und Zweifel werden, wenn sie durch vereinzelte Bilder wachgerufen sind, zumeist durch die Controlle zahlreicher weiterer Stücke, und zwar zunächst mittelst schwacher Vergrösserungen (was Carl Ruge in Wort und Schrift stets dringlichst empfohlen hat,) zu heben sein. Wo trotzdem Zweifel bezüglich der Deutung einzelner Bilder (Drüsenzunahme, — mehrschichtige Wucherung des Epithels entzündlichen Ursprungs) bestehen, bleibt nur der Rath, nach Ablauf eines gewissen Zeitraums die Abrasio zu wiederholen und auf unzweideutige Structurbilder zu fahnden. Wenn auch nach Hofmeier (l. c. pag. 103) die Wahrscheinlichkeit dafür spricht, dass es sich in mikroskopisch-diagnostisch zweifelhaften Fällen nicht um Carcinom handelt, so bin ich doch nach den oben mitgetheilten Erfahrungen schon deswegen für die wiederholte Prüfung derartiger zweifelhafter Fälle, weil bei einigen meiner Kranken (s. o.) dem Carcinomprocess hartnäckige chronisch-entzündliche Schleimhauerkrankungen vorausgegangen waren.

Ist die Diagnose auf Corpus-carcinom gestellt, so ist — wo sie überhaupt ausführbar erscheint, — so bald als möglich die Total-exstirpation des Uterus vorzunehmen, und zwar überall, wo nicht die ungewöhnliche Grösse des etwa durch gleichzeitige Myombildung verdickten Corpus zur Laparotomie zwingt, die Exstirpation von der Scheide aus. Die Resultate dieser Operation sind nach der übereinstimmenden Erfahrung zahlreicher Operateure beim Carc. corporis günstiger als bei irgend einer andern Krebsform. Ich greife aus den einschlägigen Publikationen nur die von Kaltenbach ²⁾ heraus,

¹⁾ l. c. pag. 88—95.

²⁾ Berliner Klin. Wochenschr. 1889. Nr. 18.

der 7 mal operirte und in allen 7 Fällen dauernde Heilung erzielte. — Auch die 4 von mir Operirten, die den Eingriff überstanden, sind sämmtlich frei von Recidiven geblieben, und zwar erstreckt sich die kürzeste Heilungsdauer auf $2\frac{1}{4}$, die längste nunmehr auf $4\frac{1}{4}$ Jahre. — Der Fall (Nr. 5, Frau F.), in welchem die Patientin 5 Tage post operat. erlag, fällt nicht der Operation als solcher zur Last. Bei dem Kräftezustand der Kranken und der Ausdehnung des Processes handelte es sich in jenem Fall um einen etwas gewagten Versuch der Rettung.

Die grosse Wahrscheinlichkeit, um nicht zu sagen die Sicherheit, mit der wir nach der Diagnose eines nicht allzuweit vorgeschrittenen Corpuscarcinoms eine dauernde Heilung durch die Operation versprechen können, stellt einen Fortschritt der modernen Gynäkologie dar, der sehr hoch angeschlagen werden muss. Und wir können im Hinblick auf die qualvollen Leiden, unter denen gerade das Corpuscarcinom zum Tode zu führen pflegt, und andererseits auf die bereits jetzt erlangten Heilungsergebnisse wohl behaupten: Wenn die Einführung der Abrasio in die gynäkologische Diagnostik weiter keinen Nutzen gebracht hätte, als den einen, dass wir durch sie zeitig genug Aufschluss erhalten über maligne Veränderungen der Corpusschleimhaut und daraufhin mit Aussicht auf definitive Heilung der Kranken operiren können, so dürfte man schon allein desswegen dieser Bereicherung unserer Diagnostik nicht anders als dankbar und mit freudigem Stolz gedenken.

Wo aus irgend welchen Gründen radicale Heilung nicht angestrebt werden kann, da tritt die *excochleatio uteri* als ein wichtiges, oft auf beträchtliche Zeit hin Abhilfe gegen die Krankheitserscheinungen gewährendes Palliativmittel in ihre Rechte. Es ist oben in der ausführlich mitgetheilten Krankengeschichte der Frau v. d. H. ein Beispiel von einem 5 Jahre hindurch, und zwar in den ersten 3 Jahren mit befriedigendem Erfolge, geführten Kampf gegen das Leiden mitgetheilt worden, ein Beispiel, das gleichzeitig deutlich lehrt, wie der Nutzen des Eingriffs geraume Zeit vorhält, so lange der Process auf die Schleimhaut begrenzt bleibt, — was ja eben erfahrungsgemäss nicht selten Jahre lang der Fall ist, — und wie er immer weniger befriedigt, je tiefer die Degeneration die Muskelwand durchsetzt.

Natürlich erfordert die Ausführung der *excochleatio* bei jeder Wiederholung gesteigerte Vorsicht wegen der drohenden Perforation

der Wandung, und der Operateur merkt trotz der reichlichen Massen, die er zu Tage fördert, bei den späteren Wiederholungen doch deutlich genug, dass er die Neubildung nicht gründlich auszurotten vermag.

Auch Fall VI (Giessener Klinik) zeigt eine recht nachhaltige Wirkung, und zwar obgleich der Process den innern Muttermund nach abwärts bereits überschritten hatte. Hier ist allerdings der Excochleation mit Rücksicht auf die starke Mitbetheiligung des collum die Chlorzink-Cauterisation angeschlossen worden. (vgl. unten.)

An dieser Stelle darf nicht unerwähnt bleiben, dass gerade der günstige Erfolg, der sich an die zunächst zu diagnostischen Zwecken vorgenommene gründliche Abrasio angeschlossen hatte, 2 von unseren Kranken von der ihnen auf's Dringlichste angerathenen Totalexstirpation absehen liess. Zumal bei der Einen von ihnen (VII. Frau F.) habe ich Nichts unversucht gelassen, um die Kranke von ihrem später sicher und unaufhaltsam zum Tode führenden Leiden jetzt fast eben so sicher zu retten. Als sie sich zur Operation nicht einstellte, hielt ich es für meine Pflicht und Schuldigkeit, an die Angehörigen und auch an den Bürgermeister des Ortes schreiben und ihnen die Nothwendigkeit eines weiteren Eingriffs darlegen zu lassen. Indessen scheint die zunächst (!) fortschreitende Wiederkräftigung der durch die früheren Blutverluste vor der Abrasio ausserordentlich geschwächten Patientin ebenso ihr selbst wie auch ihrer Umgebung Beweis genug, dass sie ja schon gründlich curirt sei und einer weiteren Operation nicht mehr bedürfe.

Kommt eine solche Patientin erst dann wieder, wenn das Recidiv so weit ausgebildet ist, dass neue ernste Blutungen und Zerfall eintreten, so ist die günstigste Zeit für die radicale Heilung unter allen Umständen verpasst. Man wird demnach operiren — wie oben gesagt ist, — sobald die Diagnose feststeht und der Fall operirbar ist.

Indessen einzig und allein von der anatomischen Diagnose des Carcinoms darf die Indication zur vollständigen Entfernung des Uterus nicht abhängig gemacht werden. Sie dürfte es auch dann nicht, wenn die Technik der Totalexstirpation weniger sicher ausgebildet wäre, als sie es zur Zeit ist. Denn auch dann würden gegen ihre Berechtigung ernste Einwände nicht geltend gemacht werden können, wenn es sich um Beschwerden (Blutungen) handelt, die in demselben Maasse und mit derselben Hartnäckigkeit wie bei ausgesprochen maligner Erkrankung die

Kräfte untergraben und die Existenz bedrohen, und zu deren Bekämpfung sich die übrigen Heilmethoden als ungenügend erwiesen haben.

Ich theile in dieser Frage die Anschauungen, die jüngst Ehren-dorfer ¹⁾ ausgesprochen hat, und habe mich demgemäss im Lauf der letzten 3 Jahre 3 mal zur Totalexstirpation entschlossen, obgleich die wiederholte Untersuchung der durch den scharfen Löffel entnommenen Massen keinen Anhalt für Carcinom bot. Einen 4. Fall erwähne ich desshalb hier nicht eingehender, weil hierbei ebenfalls eine maligne, wenn auch nicht carcinomatöse Neubildung (Sarcoma deciduo-cellulare) die Indication bot.

Dass ich mich bei anatomisch nicht malignen Prozessen nicht leicht zur Totalexstirpation entschliesse, geht schon aus der Zahl der Fälle hervor, noch mehr wohl aus den Einzelheiten, die in aller Kürze hier angeführt sein mögen:

Nr. 1 betraf die Kranke F. mit drüsig-cystöser Entartung der Uteruswandung, über die ich s. Z. der Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin berichtet habe. (Centralbl. f. Gyn. 1889, pag. 370.)

Nr. 2, Frau St. aus Steinbach, 36 Jahre alt, war in den Jahren 1888—90 4 mal durch immer wiederkehrende erschöpfende Uterinblutungen gezwungen, die Giessener Klinik aufzusuchen. Curettement, Liq. ferri-Injectionen, Hydrastis etc. halfen immer nur ganz vorübergehend. Endometritis hyperplastica glandularis. Wegen der Einbettung der Ovarien in derbe Exsudatmassen, Residuen abgelauener perimetritischer Vorgänge, erschien die Totalexstirpation der Castration gegenüber als der weit sicherere und dabei weniger gefährliche Eingriff. Ungestörte Heilung. Pat. dauernd gesund geblieben.

Nr. 3, Frau H. aus Frankfurt a. M., 48 Jahre alt, stellte sich zuerst im Mai 91 vor, weil sie seit 2½ Jahren an Menorrhagien litt, nachdem bereits mehrere Monate Pausis mensium bestanden hatte. Sie war damals bereits 3 mal auswärts ausgeschabt, zuletzt im April 91. Durch die im Juni 91 von mir vorgenommene Abrasio wurden aus dem deutlich vergrösserten und verdickten Uterus bereits wieder reichliche neugewucherte Massen entfernt. Da die rasch aufeinanderfolgenden Recidive, das anämisch-ikterische Colorit und die Kräfteabnahme der Kranken und ihrer Umgebung den Verdacht

¹⁾ Die vaginale Totalexstirpation des nicht carcinomatösen Uterus. Wiener Klin. Wochenschr. 1892. No. 12 u. 13.

einer malignen Erkrankung nahe legten, wurden ganz besonders zahlreiche Präparate für die Untersuchung gefertigt. Es ergaben sich indessen nur die Bilder der Endometritis glandularis hyperpl., nirgends Carcinombildung. Trotzdem wurde schon jetzt der Kranken wie ihren Angehörigen für den Fall eines abermaligen Recidives die Totalexstirpation empfohlen. Dieselbe wurde dann am 9. Novbr. 91, da die Kranke nach nur 3 monatlichem Wohlbefinden wiederum auswärts bereits wiederholt hatte ausgeschabt und mit intrauterinen Injectionen von Liqu. ferri hatte behandelt werden müssen, ausgeführt und die Entfernung der Ovarien, von denen das eine kleincystisch entartet war, damit verbunden. In der Uteruswand fanden sich nun, nahe dem fundus, rein intramural sitzend 2 Fibroidknoten, beide von etwas mehr als 1 cm Durchmesser, die sich durch ihren Sitz der klinischen Diagnose entzogen hatten. Sie dürfen, wenigstens mit Wahrscheinlichkeit, als die Ursache der glandulären Endometritis corp. angesprochen werden. Nach der Entlassung rasche Hebung des Allgemeinbefindens. Frau H. ist über ihre Genesung um so glücklicher, als sie lange von dem Glauben nicht abzubringen war, dass ihr die Krebsnatur ihrer Erkrankung nur verheimlicht worden wäre.

Das Carcinom des untern Gebärmutterabschnitts.

Bei der Besprechung dieser ungleich häufigeren Krankheit werde ich, im Gegensatz zu den obigen Ausführungen, nur ausnahmsweise auf Einzelfälle zurückkommen. Es kann hier auch nicht meine Aufgabe sein, das ganze weite und vielbearbeitete Thema vom Carcinoma colli ut. auch nur einigermaßen eingehend zu behandeln. Vielmehr können und sollen nur einzelne Punkte aus der Diagnose und Therapie, die für weitere ärztliche Kreise nicht bedeutungslos erscheinen, unter Bezugnahme auf zahlreiche neue Publicationen und mit Zugrundlegung unserer Giessener Erfahrungen durchgesprochen werden.

Was diese letzteren betrifft, so sei zur Kennzeichnung der vom October 88 bis Mitte August 92 beobachteten 80 Fälle zunächst bemerkt, dass es sich fast ausnahmslos um mehr oder weniger vorgeschrittene Processe handelte. Von 80 Kranken mit Carc. colli sind nur 19 radical operirt worden, und selbst von diesen

wären 2 besser nur palliativ behandelt worden (s. u.). Es lag mithin nur bei etwas mehr als 1 Fünftel (21,5 %) der Erkrankten die Möglichkeit einer definitiven Heilung vor. Für das Gebärmuttercarcinom überhaupt (d. h. mit Einschluss des Corpuscarcinoms) hatte sich diese Möglichkeit doch wenigstens (in 87 Fällen 22 (24 ?) mal) für 1 Viertel (25,3 %) der Befallenen ergeben.

Aus der Berliner (Schröder-Olshausenschen Klinik und Poliklinik besitzen wir durch die Dissertation von E. Mommsen¹⁾ sehr interessante Angaben über die Procentverhältnisse der radical operirbaren Fälle während der 7 Jahre von 1883—89. Wir erfahren, dass in der genannten Zeit im Ganzen 981 Cervix und Portio-carcinome zur Beobachtung kamen, von denen durchschnittlich 26,0 % operirbar waren (niedrigste Ziffer 25,0 %, höchste 31,5 %). Sehr charakteristisch sind die Unterschiede, die sich hierbei bezüglich der Operirbarkeit der Patientinnen ergaben, je nachdem dieselben aus „Berlin und Umgebung“ oder aus der „Provinz“ stammten: Während die Procentziffer bei den Berlinerinnen eine deutliche Zunahme zeigte (von 25,7—35,9 % !) und im Mittel 30 % betrug, fand diese Zunahme bei dem Zugang aus der Provinz nicht statt, und die Durchschnittsziffer der operirbaren Portio- und Cervix-carcinome betrug hier nur 19,5 %. Sie steht demnach der für die Giessener Klinik oben angegebenen (21,5 %) sehr nahe, was sich durch die offenbar vorhandene Aehnlichkeit im Zugang des Materials zur Genüge erklärt. Der Entschluss, eine gynäkologische Klinik aufzusuchen, wird in der Mark Brandenburg wie in Hessen Seitens der Frauen in den Dörfern und den kleinen Städten eben viel schwieriger gefasst, und wenn er endlich gefasst ist, wegen der damit verbundenen Opfer viel zögernder durchgeführt, als Seitens der gynäkologisch kranken Grossstädterinnen, denen überall die Schilder der Polikliniken winken.

Bezüglich des Alters der Kranken ist zu bemerken, dass eine erhebliche Mehrzahl (51 von 80 = 63,7 %) das 45. Lebensjahr, und unter ihnen 4 auch das 65. Lebensjahr, — bereits überschritten, dagegen nur 2 das 30. Jahr noch nicht erreicht hatten. Das Durchschnittsalter war beim Beginn der klinischen Behandlung 48,8 Jahre. Es liegt etwas höher, als von den Autoren gewöhnlich angenommen

¹⁾ E. Mommsen. Zur Symptomatologie, Diagnose und Therapie des Portio- und Cervixcarcinoms. Dissert. Berlin 1890.

wird. (Hofmeier). Dieser Unterschied dürfte in dem spätern Eintritt (und dem späten Cessiren?) der menstrualen Vorgänge, wie wir ihn bei der ländlichen Bevölkerung zu verzeichnen haben, bis zu einem gewissen Grad seine Erklärung finden.

Die hohe Geburtenziffer, die man überall als causa disponens anführt, findet sich einigermaßen auch bei unserm Material. Von 80 Kranken haben 30 mehr als 5 mal geboren. Diesen stehen aber 5 Nulliparae gegenüber, von denen nur 1 unverheirathet und virgo intacta war, und 18 verheirathete Frauen, die nur 1 oder 2 mal geboren hatten. Ich gestehe, dass mir weder der Einfluss des besonders ausgiebigen Geschlechtsgenusses noch der des oft wiederholten Geburtstraumas durch die bisherigen Zusammenstellungen — statistisch — erwiesen zu sein scheint.

Meine eigenen Erfahrungen und speciell die hier berücksichtigten begründen die Annahme eines ätiologischen Zusammenhangs nicht. Einzelbeobachtungen, die derartige pathogenetische Beziehungen sehr nahe legen, hat gewiss jeder und habe auch ich gemacht. So ist es auch bei uns vorgekommen, dass kurze Zeit nach einer XVI para mehrere X parae und VIII parae zur Beachtung kamen. — Mein verstorbener Lehrer Eduard Martin wollte besonders dem gesteigerten Geschlechtsgenuss in bereits vorgerückteren Jahren pathogenetische Bedeutung zuschreiben, natürlich auf Grund mehrfacher Erfahrungen, die diese Deutung sehr nahe legten: nämlich bei Wittwen, die sich dem Climacterium bereits näherten, nach ihrer Wiederverheirathung mit jüngeren, besonders kräftigen Männern. — Auch diese Annahme fand durch die hier berücksichtigten Fälle keine Bestätigung.

Bekanntlich haben wir C. Ruge und J. Veit die Unterscheidung der Carcinome des untern Gebärmutterabschnitts in Portio- und Cervix-carcinome (im engeren Sinn) zu verdanken. Für jede dieser beiden Gruppen haben sie den Ausgang sowohl wie die typische Art der Weiterverbreitung durchaus selbstständig studirt. Ich gehe hier nicht auf den Widerspruch ein, den C. Ruge's Annahme, dass beide Arten vom Bindegewebe der Portio resp. des Cervix ausser von den neugebildeten Drüsen beim Portio- und den vorhandenen beim Cervix-carcinom entstünden, gefunden hat. Nur über die klinische Berechtigung jener Unterscheidung möchte ich zahlreichen Einwendungen gegenüber mir einige Bemerkungen erlauben.

Man hat vor Allem behauptet, dass sie in vielen Fällen undurchführbar sei, nicht nur bei der innern Exploration, sondern selbst am herausgenommenen Uterus. Dies ist bei sehr vorgeschrittenem Zerfall oder bei gleichzeitigem Vorkommen beider Krebsformen (wie es Ruge und Veit selbst schildern, l. c. pag. 101) sehr richtig. Es wird aber dadurch ebensowenig wie durch die Beobachtung Leopolds, nach der scheinbar primäre Cervixcarcinome doch häufig mit dem Plattenepithel der Portio in Zusammenhang stehen, die inzwischen von vielen Untersuchern anerkannte Thatsache widerlegt, dass sich in der Regel die von den genannten Autoren gezeichneten Typen der Entwicklung und Weiterverbreitung erkennen lassen. Ferner ist desswegen geradezu Verwahrung gegen die Ruge'sche Unterscheidung eingelegt worden, weil man die therapeutischen Consequenzen fürchtete, die eine Zeit lang an sie geknüpft wurden. Zur Zeit ist diese Befürchtung gegenstandslos. Die Mehrzahl der Gynäkologen exstirpirt das ganze Organ, sobald eine krebsige Erkrankung überhaupt nachgewiesen und die Exstirpation ausführbar ist, und auch die überzeugten Anhänger der Partialoperation (der hohen Excision des Mutterhalses) wählen diese Operationsart nicht etwa bei jedem Portiocarcinom, sondern nur in denjenigen Fällen von Portiocarcinom, wo es sich um ganz beschränkte, rein oberflächliche Carcinomherde an der Portio handelt.

Gerade das Zugeständniss, dass für die therapeutischen Entschliessungen jene Eintheilung nicht als maassgebend gelten könne, hat Einige veranlasst, ihr überhaupt jede praktische Bedeutung abzusprechen. Nach meiner Ueberzeugung mit Unrecht. Zunächst hat sie nunmehr bereits über ein Jahrzehnt einen unverkennbar günstigen erzieherischen Einfluss geübt, indem sie die genaue Feststellung der Einzelheiten des klinischen Befundes Seitens der Praktikanten bei der klinischen Krankenvorstellung wie Seitens der Assistenten bei der Aufnahme unbedingt forderte. So war es trotz der grossen Zahl weit vorgeschrittener Carcinome in unsern 80 Fällen doch 34 mal möglich, dieselbe als von der Cervicalmucosa, resp. den Cervicaldrüsen ausgegangen zu bezeichnen, in 3 dieser Fälle war der innere M-M. überschritten und auch Carcin. der Corpusschleimhaut hinzugekommen; 12 mal bestanden reine Portiocarcinome, bei den übrigen handelte es sich entweder um eine Combination beider Typen oder es war eine bestimmte Angabe über den Ausgangspunkt nicht mehr möglich.

Weiterhin aber hat sie sich in diagnostischer Beziehung desshalb m. E. segensreich erwiesen, weil sie eine Befreiung von der früher herrschenden und von den Lehrbüchern vorgetragenen¹⁾ Anschauung bedeutete, dass der Krebs des untern Gebärmutterabschnitts stets von der Portio ausgehe.

Diese irrige Annahme hat namentlich früher vielfache Täuschungen verursacht, lässt aber auch heute noch eine nicht unbeträchtliche Zahl von Collum-Carcinomen, und zwar selbst vorgeschrittenere, übersehen oder doch bedeutend unterschätzen. In der einseitigen Auffassung befangen, dass sich beim Uteruskrebs stets charakteristische Veränderungen dem per vaginam touchirenden Finger oder bei der Speculumuntersuchung darbieten müssten, weisen noch heute gar manche Aerzte den Gedanken an Carcinom, der sich bei der Erhebung der Anamnese ihnen aufgedrängt hat, wieder zurück, da sie ja die Mutterlippen glatt gefühlt und ein Geschwür am Muttermund nicht entdeckt haben, und verordnen unwirksame Palliativmittel, über deren Erprobung die beste Zeit für eine radicale Befreiung der Kranken von ihrem Leiden unwiederbringlich verloren geht. Man kann ihnen gar nicht eindringlich genug immer wieder vorhalten, dass ja die Oberfläche der portio völlig intact und dahei doch das Carcinom des untern Gebärmutterabschnitts intracervical sehr weit vorgeschritten sein kann. Ich möchte desshalb geradezu behaupten, dass jene Unterscheidung von Portio- und Cervixcarcinomen, wenn sie nicht zur genauen Feststellung des anatomischen Ursprungs und der anatomischen Weiterverbreitung von Rüge bereits eingeführt wäre, allein schon zur Vermeidung jeder diagnostischen Einseitigkeit verdiente eingeführt zu werden.

Jeder Untersucher soll dadurch erinnert werden, dass — wo die Untersuchung per vaginam eine befriedigende Erklärung der Erscheinungen nicht geliefert hat, trotzdem sowohl flächenhaft als intramural sehr vorgeschrittene Cervicalcarcinome vorliegen können, deren Beurtheilung zunächst durch die exploratio per rectum, sodann durch die diagnostische Excochleatio (oder Excisio), eventuell nach (blutiger) Erweiterung des Muttermundes erlangt wird.

¹⁾ So u. A. in der 1. Auflage des Schröder'schen und in Gaillard Thomas Lehrbuch.

Ist der Muttermund weit und die untere Partie des canal. cervic. leicht zugänglich, so wird ein völliges Uebersehen eines intracervical entwickelten Carcinoms auch bei der auf die Vaginalexploration beschränkten Untersuchung dem geübten Arzt nicht leicht begegnen. Wo es sich aber um Nulliparae handelt oder um Greisinnen, bei denen nach dem Climacterium die Portio atrophisch, die Muttermundsöffnung eng geworden ist, möchte bei so einseitiger Untersuchung selbst der Geübtere vor Täuschungen nicht gesichert sein. Nun kommt es aber eben nicht bloß darauf an, die Diagnose Carcinoma colli überhaupt zu stellen, sondern es wird ein klares Urtheil über die Ausdehnung des Processes gefordert. Ein solches gewinnt auch der Geübteste nur dann, wenn er derartige Fälle auch per rectum und mit dem scharfen Löffel untersucht hat.

In klinisch-diagnostischer Hinsicht würde es vielleicht empfehlenswerther sein, statt von Portio ¹⁾ und Cervix-carcinomen von einer vaginalen und im Gegensatz hierzu von einer intracervicalen Entwicklung der Collum-carcinome zu sprechen.

Die erstere, von der Oberfläche einer oder beider Mutterlippen ausgehend, flach oder aber walzenförmig und pilzartig in die Scheide vorspringende Wucherungen producirend, wird, wenn auch sehr vorgeschrittene Formen bereits eine Durchsetzung des collum mit Krebsknoten bewirkt haben können, doch durch eine gründliche vaginale Exploration meist gut übersehen. Wo es sich um Anfangsstadien dieses Processes handelt, bei denen diagnostische Zweifel bestehen, werden diese durch die Excision suspecter Partien gehoben werden müssen.

Die zweite, intracervicale, vom Epithel der Oberfläche oder der Drüsen der Cervicalschleimhaut ausgehend, ohne Neigung, den äusseren Muttermund zu überschreiten, die Cervicalwand knotig durchsetzend und gewaltig ausdehnend oder auch mehr flächenhaft gegen die Corpushöhle vordringend, erfordert eine gründliche Abtastung vom Rectum aus und eine diagnostische Excochleatio. Für diese Letztere können, wie gesagt, erweiternde Incisionen als Vorbereitung unerlässlich sein. Der Gebrauch des scharfen Löffels findet hier nicht sowohl deswegen statt, um (wie beim Carcin. corp.) Material für die mikroskopische Diagnose zu gewinnen, als vielmehr

¹⁾ Die Portio ist eben immer eine Portio cervicis; auch das ist bei scharfer Gegenüberstellung misslich.

um die Ausdehnung des Processes festzustellen. Sowohl in den Fällen, wo bei intraparietaler Krebsknotenbildung die Oberfläche der Schleimhaut intact blieb, als auch da, wo der ulceröse Zerfall der letzteren sogleich in die Augen springt, zeigt sich während der Excochleatio nicht selten zur Ueberraschung des Untersuchers, wie weit nach oben oder in die Tiefe sich ein Carcinom bereits verbreitet hat, das vielleicht erst seit wenig Wochen geringe Symptome hervorrief.

Dieser Punkt, den man für weitere ärztliche Kreise nicht genug betonen kann, mag durch einige Beispiele erläutert werden:

Vor etwa 5 Jahren citirte mich ein junger College zu seiner Frau auf's Land, wegen heftiger Blutungen „post abortum imperfectum“. Die Patientin, die bereits 1 mal geboren hatte, verlor seit einer Reihe von Tagen reichliche Mengen Blut, nachdem die Menses das letzte Mal etwas über die Zeit ausgeblieben waren. Die Scheidentamponade war unwirksam geblieben ebenso die gewöhnlichen Medicamente, und es war daher Alles für mich aseptisch vorbereitet, um die Ausräumung der vermutheten Abortreste aus dem Cav. ut. vorzunehmen. Bei der Exploration fiel mir jedoch sogleich die Auftreibung der Cervixwand auf, während ich das Corpus derb und kaum verdickt fand. Ich liess mir den bereitgehaltenen scharfen Löffel geben und konnte nun sofort constatiren, dass es sich um ein mit markartig-weichen Knoten durchsetztes Collum handelte. Die Carcinommasse wurde ausgeräumt, die Höhle tamponirt und die Radicaloperation für später in Aussicht genommen. Leider zögerte die Kranke mit ihrem Entschluss, während das Leiden -- wie auch nach der mikroskopischen Untersuchung der Massen prognosticirt war, — inzwischen ganz rapide Fortschritte machte. Die Kranke erlag wenige Monate später.

Ein sehr gutes Beispiel vorgeschrittener krebiger Durchsetzung der Collumwand bei völlig intacter Portio bot Frau G. aus Altenkirchen, bei der am 18. III. 92 die Totalexstirpation mit glatter Heilung ausgeführt wurde. Hier sind sowohl die Krankengeschichte als auch der Befund geradezu typisch. Die 56 jährige Frau, die 2 mal leicht geboren hatte, zuletzt vor 20 Jahren, und bei der vor 5 Jahren die Menopause eingetreten war, hatte seit 4 Monaten in Folge von Erkältung andauernd schwache, seit 3 Wochen starke Blutung. Angeblich soll die Blutung vorübergehend gestanden haben, nachdem ärztlicherseits ein „Polyp“ entfernt wurde. (Es

ist ein diagnostischer Eingriff gemeint, denn der Arzt verwies die Kranke alsbald an die Klinik.) Portio flach, Schleimhautoberfläche ganz gesund; aus dem kleinen, rundlichen, nur wenig seitlich eingekerbten Muttermund erfolgt ein geringer Blutabgang von etwas fötidem Geruch; Canallänge 10 cm, Uterus im Ganzen frei beweglich, die ligg. lata frei, die Collumwand ausgedehnt und verdünnt; der scharfe Löffel fördert reichliche in Zerfall begriffene Gewebsmassen heraus.

Fig. 8 und 9 auf Taf. III. IV. zeigen das völlig unverdächtige Speculumbild und einen sagittalen Durchschnitt durch das carcinomatös geschwollene Collum.

Ferner gehören in diese Kategorie die beiden Fälle, in denen sich eine ausgesprochene — nicht wie bei dem Plattenepithelialcancroid des corpus nachträglich bemerkte! — Pyometra ausgebildet hatte: die erste dieser Patientinnen, eine 58jährige Frau M. (1891. I.-N. 360), die seit 10 Jahren nicht mehr menstruirt war und 11 mal geboren hatte, darunter 1 mal mittelst Forceps, hatte 3 Monate vor ihrer Aufnahme blutigen Ausfluss bemerkt und desshalb einen Arzt befragt. Dieser verschrieb nur „Tropfen“, ohne zu untersuchen. Portio derb, M.-M. unregelmässig eingekerbt, lässt nur mit Mühe die Fingerspitze passiren; das Collum ist in eine 6½ cm lange Höhle verwandelt, deren Innenfläche harte Rauigkeiten darbietet. Der scharfe Löffel gelangt oberhalb des innern M.-M. in einen Recessus, aus dem sich sofort reichlich Eiter entleert. Da die Umgebung (ligg. sacro-uterina) bereits carcinomatös infiltrirt erscheint, wird von der Exstirpation abgesehen. — Chlorzink-Aetzung 1 Woche nach der Ausschabung. — Die zweite Kranke bot einen besonders interessanten Befund des Uterus-Innern: Frau E. (1892. J.-Nr. 400), 66 Jahre alt, 10 normale Wochenbetten, vor 18 Jahren Menopause, seit 12 Jahren Prolaps bemerkt, dessentwegen 1 Jahr lang 1 Pessar getragen wurde. Seit 8 Tagen (!) übelriechender, zeitweise blutiger Ausfluss. Portio flach, sehr tief stehend; vaginale Oberfläche der Mutterlippen intact; durch den Spalt des M.-M. dringt der Finger in die Cervicalhöhle und fördert Fetzen der zerfallenden Schleimhaut heraus. Sonde geht nach hinten links in den beweglich retroflectirt liegenden, in Folge der Anfüllung mit Eiter teigig-weichen Gebärmutterkörper 13 cm weit vor. (Descensus uteri retroflexi cum elongatione colli). Mässiges Fieber (T. 38,6. — P. 108). Nachdem zunächst die in Zerfall be-

griffenen Massen ausgeschabt und wiederholte protrahirte Uterus-irrigationen gemacht waren, — wobei die Canallänge um 2 cm abnahm! —, wurde am 27. VII. 92 die Totalexstirpation gemacht, an die sich eine völlig ungestörte Reconvalescenz anschloss. Es fand sich, dass der carcinomatöse Process sich über die ganze Schleimhautoberfläche des elongirten (Prolaps!) collum ut. verbreitet dann in einzelnen Zügen den innern M.-M. überschritten hatte und in Gestalt eines kleinen Herdes in der unmittelbaren Nähe eines haselnussgrossen submucösen Fibroidknotens der hintern Corpuswand noch nachweisbar war. (Fig. 10 der Taf. III, IV zeigt den exstirpirten Uterus frontal durchschnitten.) Die übrige Schleimhaut des Corpus uteri zeigte nur den Befund der Endometritis chron. glandularis.

Es sind aber durchaus nicht allein die Fälle von intracervicalem Carcinom, in denen die Wand knotig durchsetzt ist, bei denen der scharfe Löffel die maligne Neubildung aufdeckt und die Tiefe ihres Vordringens beurtheilen lässt, sondern auch bezüglich seines Weiterkriechens in der Fläche gibt uns beim Collumcarcinom das Instrument den zuverlässigsten diagnostischen Anhalt. Als Beleg hierfür diene die folgende Beobachtung:

Am 27. I. 92 wurde von Herrn Collegen Baur die 47jährige Gepäckträgerfrau L. aus Nauheim an uns verwiesen. Er hatte ein beginnendes Carcinom der hinteren Muttermundslippe bei ihr diagnosticirt und sofort ihre Aufnahme in die Klinik veranlasst. Die Kranke hatte 10 einfache Wochenbetten durchgemacht, das letzte vor 9 Jahren. Seit 1 Jahr bestanden bei ihr zunächst wohl in der That climacterische Unregelmässigkeiten der Menses, in den letzten Wochen indessen continuirlich theils blutiger, theils blutig-wässriger Ausfluss. Hier war die Portio beiderseits tief eingekerbt und auf der Schleimhaut der hintern Lippe, richtiger auf der untersten Partie der mässig evertirten Cervicalmucosa ragte ein kaum bohngrosser, bei Berührung leicht blutender Tumor in das orific. extern. hinein. Die Prominenz und ihre Umgebung wurde zur mikroskop. Untersuchung excidirt (Diagn.: Carcinoma cervicis) und gleichzeitig mit dem scharfen Löffel leicht festgestellt, dass eine ausgesprochene Brüchigkeit und Eindrückbarkeit der Schleimhaut der hintern Wand sich ziemlich weit nach oben erstreckte.

Unter Berücksichtigung des letztgenannten Befundes wurde von einer Partialoperation (s. u.), an die eine Zeit lang gedacht war, abgesehen und am 30. I. 92 die Totalexstirpation vorgenommen. Heilung völlig ungestört. Am herausgeschnittenen Organ zeigte

sich nun sofort, dass die Entartung nicht auf jene unterste Partie beschränkt, sondern — wie sagittale Schnitte durch die hintere Wand zeigten (vergleiche die Figur 11 der Tafel III, IV) — fast bis zur Höhe des innern M.-M. emporgekrochen war. Ausserdem fand sich, durch breite Lagen gesunden Cervixparenchyms vom primären Herd getrennt, nicht weit von den subserösen Gewebsschichten entfernt ein etwa stecknadelkopfgrosser secundärer Carcinomherd (h), der — wie im hiesigen patholog. Institut bestätigt wurde, — im Gesamtbild wie in den Einzelheiten der zelligen Elemente völlig übereinstimmte mit dem direct von der Schleimhaut aus vorgedrungenen Carcinom.

Es ist bereits hervorgehoben worden, dass der Exploration mit dem scharfen Löffel in jedem Fall von intracervicaler Carcinomentwicklung, besonders aber da, wo die Symptome an eine intraparietale Krebsknoten-Entwicklung denken lassen, die Exploratio per rectum vorzuschicken ist. Dies gilt allen Denjenigen, die eventuell die Entfernung des Uterus vorzunehmen entschlossen sind, als selbstverständlich. Denn diese Art der Untersuchung gibt über die Frage, ob der Process auf das Organ beschränkt geblieben oder ob bereits das umgebende Bindegewebe in Mitleidenschaft gezogen ist, den sichersten und besten Aufschluss. Aber die Mehrzahl der praktischen Aerzte, an die sich doch zunächst die Krebskranken wenden, unterschätzt und vernachlässigt — ich spreche aus vielfältiger Erfahrung — die Vortheile der Rectalpalpation unverkennbar, und ihnen möchte ich diese recht dringlich in's Gedächtniss zurückrufen. Ich führe auch hierfür ein prägnantes Beispiel an:

Frau S. (1891. (J.-Nr. 344) eine 71jährige, bis in's 70. Jahr stets gesunde Gutsbesitzersfrau, die mehrmals geboren hatte, litt seit Monaten an anfallsweise auftretenden Kreuzschmerzen, Drängen auf den Mastdarm und Stuhlverstopfung. Der Arzt erklärte die Beschwerden für „hämorrhoidale“ und verordnete und prognosticirte demgemäss. Als die Schmerzen eine unerträgliche Höhe erreicht hatten, und auch einmal ein geringer Blutabgang aus der Scheide bemerkt wurde, wurde ein in der gynäkol. Untersuchung wohlbewandeter zweiter Arzt zu Rathe gezogen. Dieser stellte durch die Rectaluntersuchung eine beträchtliche und sehr derbe Ausdehnung des ganzen Uterus, namentlich des untern Abschnitts, durch eingelagerte harte Geschwulstmassen als Ursache der Beschwerden und bei der Exploration durch die senil verengte Scheide die carcinomatöse

Natur des Tumors fest und veranlasste meine Hinzuziehung, um die Frage der Operirbarkeit zu entscheiden. Es fand sich eine exquisit skirrhöse Form eines Carcinoma colli et corporis und Ausdehnung des Processes auf die ligg. sacro-uterina. Um die ungewöhnlich heftigen Schmerzen der Kranken, die durch grosse Morphiumdosen immer nur kurze Linderung fand, wenigstens etwas zu erleichtern, machte ich einen Versuch, die Carcinommassen aus dem bis auf Faustgrösse verdickten Uterus zu entleeren. Es sollte hierdurch der Antheil an den Schmerzen, der durch die Ueberausdehnung der Wand und durch Uteruscontractionen bedingt war, einigermassen wenigstens gemindert werden. Indessen die ausserordentliche Härte und Derbheit des Skirrhus leistete dem scharfen Löffel absoluten Widerstand. Der weitere Verlauf lehrte, dass die Schmerzen local-peritonitischen Ursprungs waren, und dass zur Linderung des beklagenswerthen Zustandes, der wenige Wochen später zum Ex. letalis führte, lediglich Narcotica in Frage kamen.


Wie eine zeitig vorgenommene und exact durchgeführte örtliche Untersuchung Seitens des Arztes, so ist die Kenntniss der Symptome, die auf Gebärmutterkrebs hinweisen, Seitens der Hebammen diejenige Forderung, die von Allen erhoben wird, — und wer würde sich nicht zu ihnen zählen? — die die Zahl der Frühdiagnosen und damit die Zahl der Heilungen des Carcinoms vermehrt wissenwollen.

Denn den Hebammen, „ihren Hebammen“, tragen die Frauen der arbeitenden Klassen doch gewöhnlich zuerst die Beschwerden vor, welche sie belästigen. Von ihnen werden sie entweder mit gleichgültigen Empfehlungen und Rathschlägen hingehalten oder dem Arzt, respective der Klinik zugewiesen. Die Symptome, um die es sich handelt, sind so vielfach hervorgehoben, dass sie hier füglich übergangen werden können. Nur einen Punkt, den auch Winter hervorgehoben hat, möchte ich alle Aerzte bitten, den Hebammen besonders einzuschärfen: dass sie die Frauen sofort zum Arzt schicken, wenn überhaupt postclimacterische Blutungen auftreten, und sie dringend warnen, nicht zu warten, bis die lange Dauer oder die Heftigkeit der Blutung — ein Blutsturz — ihnen selbst die Ueberzeugung beibringt, dass eine ernste Erkrankung vorliegt. Wo die Sache so lange hingezögert ist, ist fast ausnahmslos der Process schon weit in die Tiefe vorgedrungen.

Als Hebammenlehrer habe ich es daher immer für meine Pflicht gehalten, den Schülerinnen einen oder den andern Fall von Gebärmutterkrebs zu zeigen.

mutterkrebs zu demonstrieren und im Anschluss an die Krankengeschichte und die Schilderung des gewöhnlichen Verlaufs der Krankheit ihnen eindringlich vorzuhalten, welche Verantwortung sie auf sich nehmen, wenn sie in derartigen Fällen nicht Alles thun, um einen verhängnissvollen Aufschub zu vermeiden. Noch geeigneter als die Lehrurse erschienen mir für die Verbreitung dieser Warnung die im Grossherzogthum. Hessen eingeführten Wiederholungscurse für Hebammen. Auch in diesen Cursen wurden die Symptome des Leidens regelmässig durchgesprochen, und ersichtlich fielen unsere Worte hier auf fruchtbaren Boden. Denn diese älteren Frauen hatten nicht wie die Lehrtöchter durch das einmal gezeigte Bild der Krankheit, sondern durch die Erinnerungen, die sich an die monatelangen Leiden der einen oder der andern Patientin aus ihrem Wirkungskreis knüpften, einen Begriff von ihrer Furchtbarkeit und von der Tragweite unserer Ermahnungen. Gerade durch diese älteren Hebammen sind denn auch später mehrfach Carcinomkranke auf's Dringlichste an die Klinik verwiesen worden.

Von den Aerzten und den Hebammen, und — wie ich hervorheben möchte — von ihnen allein hängt es zur Zeit ab, ob die Zahl der Frauen, die durch rechtzeitiges Eingreifen gerettet werden, sich nennenswerth heben soll oder nicht. Beide müssen durch Belehrung und Mahnung der Frauen der ärmeren Klassen, aus denen die erdrückende Mehrzahl der Carcinome stammt, dahin wirken, dass wo verdächtige Symptome bestehen, auch gleich gründlich untersucht wird. Soll das Ergebniss der Untersuchung zuverlässig sein, so muss sie so vorgenommen werden, dass sämmtliche in Frage kommenden Methoden zur Anwendung gelangen können, d. h. in Steinschnittlage oder in einer modificirten Steissrückenlage, und so, dass ausser den Halbrinnenspeculis Dilatoren, scharfe Löffel und ein Lanzenmesser zum Gebrauch aseptisch vorbereitet sind. Wo eine diagnostische Excision ¹⁾ nothwendig wird, ist mindestens die Assistenz einer Hebamme oder einer geschulten Wärterin zum Halten der Specula etc. vorher zu besorgen. — Die Zahl der lediglich durch die mikroskopische Untersuchung constatirten Carcinome des untern Gebärmutterabschnitts ist im Ganzen gering, und dabei die

¹⁾ Der käufliche „Excisor“ ist mit seiner -förmigen Schneide ganz gut zur Abtragung polypenförmiger Excrescenzen, aber nicht zur Ausschneidung einer verdächtigen Stelle aus einer verdickten Mutterlippe. Da ist das Lanzenmesser vorzuziehen.

Technik dieser von C. Ruge eingeführten und ausgebildeten Methode glücklicherweise nicht mehr auf kleinste Kreise beschränkt. Wo aber Zweifel übrig bleiben, sind autoritative Urtheile über das Ergebniss der Ausschabung und Ausschneidung für jeden Arzt unschwer zu erlangen.

Was sonst noch zur Erleichterung der Frühdiagnose empfohlen ist, verspricht meines Erachtens keinen praktischen Erfolg. „Belehrung des Publikums durch geeignete Schriften“ wird den Frauen der schwer arbeitenden Klassen in Stadt und Land wenig frommen, für Diejenigen aber, die sich durch ihr vortreffliches Conversationslexicon und noch viel gründlicher durch ihren Hausarzt über ein befremdendes Symptom belehren lassen können, überflüssig sein. Die Indolenz der ländlichen Bevölkerung gegenüber lästigen, aber nicht eben bedrohlichen Erscheinungen und auf der andern Seite die Angst vor dem Schreckgespenst des Carcinoms, die jede aufsteigende Frage wieder zurückdrängen lässt, — diese beiden wichtigsten fortschritthemmenden Factoren werden nicht durch populärmedizinische Schriftchen, sondern nur durch den überzeugenden persönlichen Zuspruch Derer, die mit dem leidenden Weibe in Berührung kommen, der Aerzte, der Hebammen, der Pflegerinnen, und auch durch diese keineswegs leicht überwunden.

Ganz und gar utopisch erscheint dasjenige Mittel, das Winter ¹⁾ in einem im Uebrigen höchst beachtenswerthen Aufsatz als das einzige bezeichnet, um auch diejenigen Fälle vor dem Untergang zu bewahren, die, wenn sich die ersten Symptome bei ihnen melden, auch bereits inoperabel erscheinen, nämlich die regelmässige Untersuchung der Unterleibsorgane in bestimmten Zeitaabschnitten. Dieser Vorschlag könnte in einer grossen Stadt mit zahlreichen Spezialärzten Seitens des wohlsituirten Theils der Frauen vielleicht durchgeführt werden, vorausgesetzt, dass sie und ihre Männer sich dazu verständen. Aber wie und von wem sollte wohl eine allvierteljährlich stattfindende Exploration aller Frauen zwischen 30 und 75 Jahren in Stadt und Land mit wissenschaftlicher Gründlichkeit und Zuverlässigkeit ausgeführt werden?

Und wenn man das offenbar Unmögliche als möglich annehmen wollte, glaubt man denn, dass die Frauen zu diesen Untersuchungen erscheinen würden? Nein, es würden viele Gründe anzuführen sein,

¹⁾ G. Winter, Ueber die Frühdiagnose des Uteruskrebses. Berl. Klin. Wochenschr. 1891 Nr. 33.

welche die gesunden Frauen von diesen allvierteljährlichen Untersuchungen zurückhalten dürften, der wichtigste und Ausschlag gebende würde, wir dürfen es getrost annehmen, die weibliche Schamhaftigkeit sein. Diese Scheu einer sich ganz gesund fühlenden Frau vor wiederholten ärztlichen Explorationen ist ebenso berechtigt, wie die Prüderie, mit der eine offenbar gynäkologisch Leidende die örtliche Exploration zurückweist, unberechtigt, gemacht und oft geradezu kindisch erscheint. Ich meine, wir haben als Aerzte triftigen Grund, jene berechnigte Schamhaftigkeit überall zu respectiren und uns wohl vor dem Vorwurf zu hüten, dass durch uns, die wir einen wichtigen Factor in der Erziehung unseres Volkes bedeuten, eine der edelsten Aeusserungen wahrer Sittlichkeit, der pudor ingenuus untergraben werde. Wie wir im Leben den kühnen und muthigen Mann verehren, sein Zerrbild aber, den Tolldreisten und Prahlhans belächeln, so wollen wir als Aerzte in gleicher Weise bedacht sein, dass — wo und so lange es nach unserer Ueberzeugung geschehen darf — das berechnigte Schamgefühl der Frauen geschont werde, wollen aber ebenso energisch der Geziertheit und Zimperlichkeit den Krieg machen, die dem Arzt die Untersuchung erschwert oder überhaupt nicht gestattet, wo sie absolut geboten ist. Es ist selbstverständlich, dass „dem Arzt“ hier gleichbedeutend ist mit „dem nichtspecialistischen Arzt“, denn im Sprechzimmer des Spezialisten bestehen solche Schwierigkeiten nicht mehr, und dieser pflegt sie deshalb ganz gewöhnlich zu unterschätzen.

Die Art, wie gerade bei Carcinomkranken in Folge verspäteter Diagnose die beste Zeit zum rettenden Handeln mit leidigem Mediciniren verloren geht, dürfte sich im Allgemeinen etwa folgendermassen charakterisiren lassen: Der Arzt hat auf die Klage der Patientin über einen extramenstrualen Blutabgang erklärt, er müsse untersuchen. Es wird ihm nicht gestattet, weil es zu gênant ist, „da gerade etwas Blut da ist.“ Er ist schwach genug, einen Aufschub zu gewähren und interimistische Verordnungen zu treffen, um das nächste Mal mit neuen Ausflüchten hingehalten zu werden. — Ueber-grosse Rücksichtnahme und Nachgiebigkeit, nicht Gewissenlosigkeit der zuerst behandelnden Aerzte verschulden ohne Zweifel am Häufigsten die verhängnissvolle Verzögerung.

Ueber das operative Verfahren bei Carcinom des untern Gebärmutterabschnitts bestehen in Deutschland keine

sehr erheblichen Meinungsverschiedenheiten. Von der Mehrzahl der Operateure wird in jedem überhaupt zur Radicaloperation geeigneten Fall die Totalexstirpation ausgeführt, von einer Minderzahl — namentlich Hofmeier, J. Veit, Winter, — wird daneben an der Berechtigung der von K. Schröder eingeführten hohen Excisio colli ut. in den Fällen von beginnendem Portiocarcinom festgehalten.

Was mich betrifft, so verwerfe ich die Partialoperation bei beginnendem Carc. portionis nicht principiell. Ich halte M. Hofmeiers und G. Winters Ausführungen über den Werth und die wissenschaftliche Berechtigung, die ihr auch jetzt noch zukommt, für durchaus zutreffend. Es ist gewiss richtig, dass für die therapeutische Entscheidung wesentliche Unterschiede bestehen, je nachdem es sich um die ersten Anfänge eines vaginal oder eines intracervical sich entwickelnden Collumcarcinoms handelt. Bezüglich des letzteren dürfte gerade auch der oben mitgetheilte Fall der Frau L. mit dem entfernt vom primären Krankheitsherd aufgefundenen Krebsnest (conf. pag. 194) nicht ohne praktisch-therapeutisches Interesse sein.

Was dagegen die vaginale Form des Collumcarcinoms, das Portiocarcinom, betrifft, so schien die wissenschaftliche Berechtigung zu einer Sonderstellung desselben in Bezug auf die therapeutische Indication bedroht durch eine Reihe von Mittheilungen über gleichzeitiges Vorkommen von malignen Erkrankungsherden am Corpus bei Portiokrebs. Indessen hat die Kritik dieser Mittheilungen durch die oben genannten Autoren ¹⁾ ergeben, „dass das von anderer Seite als schwerbelastend angeführte Material zusammenschrumpft auf eine sichere und eine sehr wahrscheinliche Impfmctastase an der portio vagin. und einen ungenügend untersuchten Uterus.“

Auch nach den mit ihr erzielten Erfolgen darf ich sehr wohl für gewisse Fälle vaginaler Entwicklung des Collumcarcinoms an der Partialoperation festhalten. Aus meiner Berliner Thätigkeit ist mir eine gewisse Zahl dauernder Heilungen nach hoher Amputatio colli bekannt. Erst in diesen Tagen (August 92) hat sich mir auf der Durchreise nach Bad Nauheim eine Patientin aus der Mark (Frau W.) mit völlig intacter Operationsnarbe vorgestellt, bei der ich vor nunmehr 8 Jahren bei ausgesprochenem Cancroid der hintern Lippe die Partialoperation gemacht habe.

Trotz diesem Standpunkt habe ich im Lauf der letzten 5 Jahre

¹⁾ Conf. G. Winter, Ueber die Schrödersche supravaginale Amputation bei Portiocarcinom. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk. Bd. XXII H. 1.

— es erklärt sich dies ja aus dem zur allgemeinen Charakteristik des Giessener Materials oben Gesagten — keine Gelegenheit gehabt, Partialoperationen bei Portiocarcinom auszuführen. Mehrere zweifelhafte, nicht ganz unverdächtige Fälle von Erosionen der Mutterlippen, in denen die Excision gemacht wurde, liessen bei der mikroskopischen Untersuchung keine carcinomatösen Veränderungen constatiren und gehören deswegen nicht hierher. Ich glaube, dass ich mich in dieser Frage der Partialoperationen auf dem Standpunkt Olshausen's befinde, der wie die nachfolgenden von Winter (l. c.) mitgetheilten Zahlen sprechend beweisen, die Berechtigung der Partialoperation auf immer frühere Stadien des Processes an der portio vagin. beschränkt:

Es wurden von Olshausen gemacht				
im Jahre 1887: 42 Totalexstirpationen und 6 partielle Operationen,				
1888: 28.	„	„	5	„
1889: 43	„	„	5	„
1890: 53	„	„	2	„

Wenn demnach trotz der Verschiedenheit des principiellen Standpunkts die therapeutischen Entscheidungen bezüglich der Wahl der Operation namentlich unter den deutschen Operateuren keine weitgehenden Differenzen zeigen, so gilt dasselbe nach meiner Beobachtung von Jahr zu Jahr mehr und mehr auch bezüglich der Frage von der oberen Grenze der Operation.

Von Anfang an habe ich mich in dieser Beziehung zur Anschauung derjenigen bekannt, die nur da radical operiren wollen, wo der carcinomatöse Process noch nicht so weit in die Tiefe vorgedrungen ist, dass man auf eine Abtragung im gesunden Gewebe verzichten muss. Die Ausdehnung in die Breite, also speciell das Uebergreifen des Portiocarcinoms auf die nächste Partie der Scheide, worauf Gusserow ¹⁾ ebenfalls Gewicht legt, erscheint mir weniger belangreich.

Um über das Vordringen des Processes ein Urtheil zu erlangen, ist, wie wir oben gesehen haben, die rectale Tastung des Organs und seiner Ligamente, namentlich auch das Herabziehen des Uterus mittels Kugelzangen und ausserdem die Auskratzung der intraparietalen Krebswucherung in den meisten Fällen uner-

¹⁾ A. Gusserow, Erfahrungen über die vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen maligner Erkrankung desselben. Berlin, Klin. Wochenschr. 1891. Nr. 47.

lässlich. Die letztere muss in vorgeschrittenen Fällen vorsichtig ausgeführt, resp. durch die Ausräumung mit dem Finger ersetzt werden, da der scharfe Löffel hier leicht die Wand perforirt resp. in dem Krebsgewebe, das sich von der oberen Partie der hinteren Cervixwand in das Gewebe der Douglas'schen Falten fortsetzt, direct vordringt. Auch der Nachweis dieses Uebergreifens ist prognostisch natürlich von grosser Bedeutung. In den (2) Fällen, in denen trotz aller Vorsicht ein solches allzuweites Vordringen des scharfen Löffels sich ereignete, trat übrigens keine oder nur ganz vorübergehende Reaction ein.

Die Excochleatio gewährt nebenbei den grossen Vorthail, dass eine etwa vorhandene Pyometra hierbei sicher erkannt und ebenso wie alles in Zerfall begriffene Gewebe vor dem radicalen Eingriff entfernt wird. Ferner hat sie den für die Prognose wichtigen Effect, dass da, wo Schwellung der Beckendrüse (durch Touchiren gegen die ligg. spinoso-sacra und tuberoso-sacra) constatirt ist, nun entschieden werden kann, ob diese Schwellung nur einfach entzündlicher Natur oder carcinomatös ist, je nachdem eine Abschwellung nach der Excochleatio erfolgt oder nicht.

Dass auch die sorgfältigste Untersuchung oft genug Zweifel über die Ausdehnung des Processes übrig lässt, wird von Allen zugegeben. Namentlich ist es manchmal unmöglich, bezüglich der Infiltration eines ligam. latum, der Auftreibung einer Tube, der Schwellung der ligg. sacro-uterina zu entscheiden, ob sie einer Fortsetzung des Carcinoms auf diese Partien entsprechen oder nicht. Auf der einen Seite der wider alles Erwarten an die Operation sich anschliessende dauernde Heilerfolg bei Carcinomen, die zweifellos bereits über die Uteruswand hinaus sich entwickelt hatten, und auf der andern Seits die Nothwendigkeit, carcinomatös infiltrirte Partien da zurücklassen zu müssen, wo man eine einfache und reine Exstirpation im Gesunden vor sich zu haben glaubte, haben schon Manchen an seiner Unfehlbarkeit irre gemacht.

Auch unter meinen 19 wegen Carcinoma colli ausgeführten Totalexstirpationen waren 2 so weit vorgeschritten, dass die Operation richtiger unterblieben wäre. (S. O.) Beide verliefen letal. Der eine in Folge von Nachblutungen, von denen sich die schon vor der Operation sehr entkräftete Patientin nicht erholen konnte, und die darin ihren Grund hatten, dass im krebsig infiltrirten lig. lat. sinistr. mehrfache Unterbindungen hatten gemacht werden müssen.

— Der andere betraf eine 36 jährige, in steriler Ehe lebende, ungewöhnlich robust gebaute Frau, die vor Jahren wiederholte Anfälle von Beckenperitonitis (gonorrhoeischen Ursprungs) überstanden hatte, und bei der neben dem krebsskranken Uterus ein faustgrosses Ovarialkystom links und eine deutliche Verdickung der Anhänge rechts constatirt wurde. Die Gegenwart des vielfach und fest im kleinen Becken adhärennten linksseitigen Ovarialtumors gestattete kein klares Urtheil darüber, wie weit das Cervixcarcinom verbreitet und wie gross die Beweglichkeit des Uterus war. Immerhin konnte man hoffen, dass nach der Abtragung des Kystoms durch die Laparotomie das Organ mobil werden und die Totalexstirpation sich durchführen lassen würde. Diese Hoffnung erwies sich indessen als trügerisch. Auch nach der Entfernung der beiderseitigen Anhänge war der Uterus nicht beweglicher geworden, weil — wie sich erst jetzt beurtheilen liess — der carcinomatöse Process sich breit in das rechte lig. lat. hinein fortsetzte. Die Exstirpation konnte nicht im gesunden Gewebe durchgeführt werden. Die Kranke erlag dem doppelten Eingriff 4 Tage nach der Operation.

Eine Verbindung von Laparotomie mit Umschneidung und Exstirpation von der Scheide aus, wie sie im eben berichteten Fall durch die Complication mit Ovarialtumor, in anderen durch Myoma corporis ut. oder Pyosalpinx bei Carcinoma colli gefordert wurde, hat in der Form der Freund'schen Operation J. Veit¹⁾ jüngst für die Operation bei besonders vorgeschrittenem Gebärmutterkrebs überhaupt empfohlen.

Gebe ich nun auch gerne zu, dass von der Bauchhöhle aus, besonders bei Beckenhochlagerung, die Ausdehnung, die der krankhafte Process namentlich in den Parametrien bereits gewonnen hat, besser übersehen, Verletzung der Ureteren sicherer vermieden und die Uterinae auch im kranken Gewebe sicherer aufgefunden und unterbunden werden können, so möchte ich doch dadurch nicht — wie Veit — das Indicationsgebiet für die Totalexstirpation erweitert sehen. Man darf ja wohl behaupten, dass auch durch die Einführung der sacralen und der perinealen Methode der Total-exstirpation die Mehrzahl der Gynäkologen nicht veranlasst worden ist, das Gebiet der Totalexstirpation weiter auszudehnen. Sie sind werthvolle Bereicherungen unseres chirurgischen Könnens gegenüber denjenigen Neubildungen, bei denen besondere

¹⁾ In Deutsch. medic. Wochenschr. 1891. No. 40.

Umstände — Obliteration der Scheide u. dgl. — die vaginale Exstirpation erschweren oder verhindern, aber sie geben Keinem das Recht, nunmehr die radicale Operation auch für alle diejenigen Carcinomfälle zu verlangen, in denen von vornherein die Aussicht auf dauernde Heilung ausgeschlossen ist, in denen die infiltrirten Parametrien „ausgeräumt“, secundär erkrankte Wandpartien der Nachbarorgane reseziert werden müssen u. s. w. Wenn ein so gewandter Chirurg wie Schede¹⁾ unter 28 nach der sacralen Methode Operirten 8 in Folge der Operation und 3 an Recidiven, respective an Operationen behufs Entfernung von Recidiven innerhalb der ersten 9 Monate verlor und im Ganzen nur 8 Frauen 4—20 Monate nach der Operation gesund bleiben sah, so ist dieser Erfolg doch ausserordentlich unbefriedigend zu nennen. Auch ohne die Details aller Fälle zu kennen, einfach auf die mitgetheilten Resultate hin wird man behaupten dürfen, dass die Mehrzahl dieser Frauen eben nur Gegenstand palliativer Hülfeleistung, aber nicht so eingreifender radicaler Operation waren.

Für die Beurtheilung der Mortalitätsverhältnisse nach der Operation und der durch sie erzielten definitiven Heilungen kann unser Material kaum verwerthet werden. Wenn wir von 19 an Collum carcinom (— 12mal bei intracervical, 5mal bei vaginal und 2mal bei in beiden Richtungen entwickeltem Carcinom —) Operirten 2 in Folge der Operation erliegen sahen, so sind die Umstände, die diese beiden letalen Ausgänge erklären, schon oben auseinander gesetzt worden. Verletzung der Blase fand bei der Operation 2mal statt, beidemale in Folge besonders erchwelter Loslösung der Blase wegen carcinomatöser Erkrankung oder aussergewöhnlicher Straffheit des präcervicalen Bindegewebes. Die eine Verletzung heilte alsbald nach der Naht, die andere schloss sich ziemlich zögernd. Ureterenverletzungen kamen nicht vor. —

Für die Beurtheilung der Dauererfolge ist das Material nicht nur zu klein, sondern auch zu jungen Datums, da bei mehr als der Hälfte noch nicht 2 Jahre seit der Operation vergangen sind. Die erste von mir in Giessen (Dezember 88) mittels Totalexstirpation operirte Kranke (Frau R. 59 Jahre alt, seit 8 Jahren Menopause,

¹⁾ conf. Centralbl. f. Gynäk. 1892. pag. 647.

seit einigen Wochen geringe Blutungen, — atrophische Portio, intracervicales Carcinom) ist bis jetzt (August 92) frei von Recidiv.

In den 61 Fällen, in denen auf die radicale Operation bei Carcinoma colli verzichtet wurde, ist 2mal wenigstens ein kurzer, orientirender Versuch der radicalen Exstirpation vorausgeschickt worden, ehe man sich auf die palliative Hülfe (Abtragung und Cauterisation) beschränkte;

14mal wurde einfach die Excochleatio der zum Theil in Zerfall begriffenen Carcinommassen gemacht,

11mal die Excochleatio mit nachfolgender Anwendung des Ferr. candens,

25mal die Excochleatio und einige Tage später die Chlorzink - Aetzung,

9mal musste man sich mit rein symptomatischer Bekämpfung der lästigsten Symptome begnügen.

Von den palliativen Eingriffen, die in der Mehrzahl der Fälle ganz oder fast ganz reactionslos ertragen wurden, bedarf die häufige Verwendung des Chlorzinks einiger erläuternder Bemerkungen.

Es ist den Fachgenossen aus der sorgfältigen Arbeit von Ehlers¹⁾ bekannt, dass ich bereits früher, in den letzten Jahren meiner Berliner Thätigkeit, Chlorzink in Form von Wattebäuschchen, die mit 50 % bis 100 % Lösung getränkt waren, und zwar ohne recht befriedigende Ergebnisse benützt habe. Die durch Ehlers' mikroskopische Untersuchung der nekrotisirten und ausgestossenen Stücke gewonnenen Aufschlüsse über mancherlei Missstände und Gefahren, die mit der Application dieses Aetzmittels leicht verknüpft sein können, und bezüglich deren ich ausdrücklich auf die genannte Arbeit verweise, wurden später von mir so weit wie möglich berücksichtigt. — Namentlich wurde alle Sorgfalt aufgewandt, um die Chlorzinkbäuschchen an der Wandstelle, auf die sie wirken sollten, zu fixiren, alle überschüssige oder beim Andrücken der Bäuschchen in das hintere Scheidengewölbe gesickerte Flüssigkeit aufzufangen und zu entfernen und besonders auch durch die Lagerung, resp. den Lagewechsel zu verhüten, dass die Flüssigkeit nicht zu sehr oder ausschliesslich gegen die hintere Wand des Collum und

¹⁾ Ehlers, Ueber Chlorzinkätzung bei Carcinom der Portio und Vagina. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XVI, H. 1.

des Gewölbes sickere und diese einseitig cauterisire. — Die Fixirung der Bäuschchen ist schon dann eine viel sicherere, wenn man erst mehrere (3—5) Tage nach der Excochleatio, nachdem der nun entstandene Trichter oder die Höhle durch wiederholte Einlegung von Jodoformgaze genügend ausgetrocknet ist, das Mittel auflegt. Verletzungen der Scheide durch zurückfliessende Chlorzinklösung sind durch die Einlegung schützender mit einer Natronsalbe bestrichener Tampons völlig ausgeschlossen.

Auf diese Weise gelang es, die Aetzwirkung auf den carcinomatös durchsetzten Theil der Wand (des Scheidenrohrs oder des Canal. uteri) zu beschränken und doch recht erhebliche Ausstossungen von nekrotisirtem Gewebe, 6—12 Tage nach der Application zu erzielen, ohne jemals unangenehme (Perforation in die Nachbarorgane) oder bedrohliche Nebenwirkungen zu verursachen.

Die Cauterisirten mussten 6—10 Tage das Bett hüten und erhielten in der Regel während der ersten 2 Tage die Eisblase ad abdomen. In 7 von 25 Fällen wurden in Folge der reactiven örtlichen Entzündung 2—3 Tage andauernde, mässige Fieberbewegungen (38,2—39,2) beobachtet, Schmerzempfindungen in der Regel gar nicht, so dass nur etwa in 1 Viertel der Fälle 1 oder 2mal Opiumsuppositorien verabfolgt werden mussten. Von den Patientinnen sind 2 ein ganzes, weitere 4 über ein halbes Jahr von örtlichen Erscheinungen (Blutung, Secretion) nicht belästigt worden, sondern haben sich im Gegentheil nach der Entlassung unverkennbar erkräftigt. Bei der grossen Mehrzahl traten die Erscheinungen der nachwuchernden Neubildung gewiss viel früher ein, häufig erfolgte die Weiterwucherung in den höheren Partien des Cervix und ihrer Umgebung, während die tiefere, cauterisirte Partie eine derbe unveränderte Narbe zeigte. Ueber die Häufigkeit dieser oder jener Recidivform bin ich ausser Stande Angaben zu machen, da nur eine Minderzahl dieser vorgeschrittenen, von auswärts zugegangenen Carcinomfälle später wiederum zur Klinik kommt.

Zu erwähnen ist auch der Umstand, dass ein Mal (Frau Pf. 41. J., vorgeschrittenes Carcin. colli vaginale), nachdem am 10. XII. 90 Amputatio et Abrasio und am 16. XII. 90 die Chlorzinkätzung gemacht war, der nach der Abstossung der kranken Partien vorgefundene Status den Fall zur Totalexstirpation noch geeignet erscheinen liess, die dann am 31. XII. 90 ausgeführt wurde. Trotz-

dem trat blumenkohlartiges Recidiv in der Narbe schon im Mai 91 auf und im Januar 92 erfolgte der Exit. let.

Ich möchte nicht schliessen, ohne noch mit einigen Worten derjenigen Fälle zu gedenken — unter unsern 80 Collumcarcinomen befanden sich ihrer 9 — in denen der Arzt auch auf palliative Eingriffe verzichten muss, wenn er nicht Gefahr laufen will, durch actives Vorgehen das Ende zu beschleunigen statt es zu verzögern, in denen er sich lediglich bemüht, die Leiden so sehr als irgend möglich zu lindern und erträglich zu machen.

Die Aufgaben, die sich hier in trauriger Folge abzulösen pflegen, sind: einmal die Folgen des Gewebszerfalls, den fötiden Ausfluss und die in längeren oder kürzeren Abständen wiederkehrenden Blutungen zu beseitigen, und das anderemal die quälenden Schmerzen zu lindern und den Kräfteverfall aufzuhalten oder ihn doch möglichst wenig empfinden zu lassen.

Für die Wegschaffung des übelriechendes Secrets werden von den meisten Aerzten häufig wiederholte Spülungen mit Carbolsäurezusatz empfohlen. Ich halte gerade dieses Mittel hier für wenig geeignet, zumal es der Desodorisirung und der möglichsten Vermeidung neuer Blutungen schlecht dient und heftige Schmerzen verursacht, sobald Scheideneingang und Damm durch den Reiz des abfliessenden Secrets erst wund geworden sind. Hier sind die als Desinficientien ja schwächeren, als adstringirend und desodorisirend aber brauchbareren älteren Zusätze: Acetum pyrolignosum rectificatum (2 Esslöffel zu 1 Liter Wasser), Kalium permanganicum, Tinctura Jodi, Cuprum aluminatum und Aehnl., von den neueren namentlich Creolin entschieden vorzuziehen.

Auch diese sollen nicht zu häufig, täglich nur 1 bis 2 mal, dann aber reichlich — mehrere Kannen hintereinander — applicirt und nach Entfernung des Restes der Spülflüssigkeit eine Gaze-Kugel oder ein Gaze-Säckchen in die Scheide eingelegt werden, das alles Secret aufnimmt, allen Abfluss nach aussen verhindert. Ich habe namentlich hühnereigrosse Säckchen von Jodoformgaze, die mit Holzwole, mit Kohle und Jodoform zu gleichen Theilen (Schaute), in Fällen von oft wiederholter Blutung mit Tannin gefüllt wurden, in die Scheide einlegen lassen und dadurch die Secretion sehr gut eingeschränkt gesehen. Dass die Holzwole in Form der in die Menstruationsbinde eingelegten Kissen für die ausser Bett befind-

liche Frau und in Form grösserer Vorlage-Kissen für die zu Bett liegende überhaupt eine grosse Rolle spielt, bedarf keiner besonderen Begründung.

Die Application der genannten Medicamente in Form von globuli vaginales kann auch hie und da in Frage kommen, namentlich bei Frauen, die auf die Unterstützung durch eine geübte Pflegerin verzichten müssen. Sie steht indessen dem oben geschilderten Modus — abgesehen von der leichten Einführbarkeit der globuli — entschieden nach.

Wo heftige Blutungen die Frau überraschen, kann sie die nächste Hülfe durch heisse (38° — 40° Réau.) Irrigationen zu erlangen suchen, bis der Arzt oder die vorher instruirte Pflegerin, Hebamme etc. eine regelrechte Tamponade mit aseptischer Gaze, Jodoformgaze, vorher in Creolinlösung getauchten und dann ausgedrückten Wattekugeln und dergl. vornimmt. Die s. Z. (v. Rabenau) empfohlene Vernähung des Carcinomtrichters gegen derartige Blutungen erscheint irrationell; sie ist wohl auch schon halb vergessen.

Dass die innerliche Darreichung von Blutung einschränkenden Mitteln nicht verabsäumt werden darf, dass nach grösseren Säfteverlusten mit verdoppelter Sorgfalt die Hebung des Appetits (Vinum Condurango), die Erholung durch frische Luft und durch ungestörten Schlaf erstrebt werden soll, braucht nur eben erwähnt zu werden.

Für die Schmerzstillung sind Opium und Morphinum in diesen Fällen durch kein anderes Mittel zu ersetzen. Man fange mit der Darreichung per rectum, mit Suppositorien von 0,06—0,10 Extr. Opii aquos. oder 0,02 Morph. hydrochl. an, bald wird die gleichzeitige Darreichung per os, etwa in Verbindung mit schweren Weinen, und die zeitweise subcutane Application doch unvermeidlich werden.

Eine gründliche ärztliche Allgemeinbildung mit einem wahrhaft humanen, theilnahmevollen Sichversenken in die Einzelheiten des Falles vermag hier, wenngleich von Heilung keine Rede ist, trotzdem die schönsten Triumphe zu feiern durch tausend kleine Erleichterungen und durch Aufrechterhaltung des Muthes und der Hoffnung.

Denn wenn von irgend einer Krankheit, so gilt vom Carcinoma uteri voll und ganz — Trotz und Dank dem angestrengtesten Bemühen der ärztlichen Wissenschaft, das Leiden eines Tages zu bewältigen, — das treffliche französische Wort:

L'art du médecin aide quelquefois, soulage souvent, console toujours.

VIII. Zur Ventrifixation der Gebärmütter.

Der Wunsch und das Bedürfniss, die Retrodeviationen der Gebärmutter auf operativem Wege dauernd zu heilen, besteht bei der jetzigen Generation von Frauenärzten, welche die hohe Ausbildung der Prolapsoperationen miterlebt hat, naturgemäss schon geraume Zeit. Es wird deswegen besonders lebhaft empfunden, weil die instrumentelle Therapie bei einem nicht unerheblichen Procentsatz (etwa einem Fünftel) dieser Fälle entweder wegen der nicht zu lösenden localperitonitischen Fixation des Uterus oder wegen der angeborenen oder erworbenen anatomischen Verhältnisse der Scheide und namentlich des Scheidengewölbes oder auch wegen des Einflusses complicirender Tumoren überhaupt nicht durchführbar ist, und weil diese Therapie selbst da, wo sie mit aller Hingebung und mit völliger Beherrschung der gut ausgebildeten Methode durchgeführt wird, doch nur ausnahmsweise einen bleibenden Erfolg verbürgt.

Namentlich der von P. Mundé und mir rückhaltlos erbrachte Nachweis, dass eine Dauerheilung im anatomischen Sinn auch durch lange fortgesetzte Pessarbehandlung nur bei einer relativ kleinen Zahl von Patientinnen erreicht wird, scheint zu operativen Heilbestrebungen vielfach angeregt zu haben. Die späteren, das gleiche Thema behandelnden Vorträge von Sänger und E. Fränkel klingen denn auch mit Recht in eine Kritik der damals vorhandenen resp. in Andeutung rationeller künftiger operativer Therapie der Rückwärtslagerungen aus.

Wenn ich auf meine eigenen Untersuchungen über die definitive Heilung der Retrodeviationen¹⁾ an dieser Stelle kurz zurückkomme,

¹⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. VIII. p. 102—19.

so geschieht es vornehmlich, um zu erklären, dass die dazwischenliegenden Erfahrungen eines Jahrzehnts mich heute weniger pessimistisch urtheilen lassen, als die damals mir vorliegenden mir gestatteten. Während Säger¹⁾ in 10,6% und E. Fränkel²⁾ in 8,1% ihrer Fälle dauernde Heilung durch länger fortgesetzte mechanische Behandlung erzielten, war mir dies in 56 Fällen von chronischer Retroversio-flexio nur 4mal geglückt (7,1%). Allerdings war ich bei der Auswahl des Materials besonders rigoros vorgegangen, hatte alle frischeren Fälle ausgeschlossen und nur da Heilung angenommen, wo der normale Situs uteri auch noch mehrere Monate nach Entfernung des Pessars, und zwar durch wiederholte Untersuchung festgestellt war³⁾. K. Schröder hatte daher, — wie ich mich später überzeugte, — vollkommen Recht, als er in der Discussion über meinen Vortrag meinte, der von mir gefundene Heilungsprozentsatz erschiene ihm zu gering, bei länger fortgesetzter Behandlung dürfte er sich günstiger gestalten. Denn in der That habe ich mich bei Gelegenheit späterer Explorationen überzeugt, dass von den damals nur als erheblich gebessert bezeichneten Fällen mehrere sich als dauernd geheilt herausstellten, und dass gerade unter denjenigen Kranken, die damals in die Liste nicht aufgenommen wurden, weil sie noch nicht wiederholt nachuntersucht waren, mehrere den normalen Situs uteri wiedergewonnen hatten.

Und wenn ich schon über jene älteren Beobachtungen heute weit weniger pessimistisch urtheile als vor 10 Jahren, so gilt dies erst recht von den Erfahrungen der späteren, besonders der letzten Jahre, in denen das energische Emporheben des Uterus in Anteversion in Verbindung mit Massage in geeigneten Fällen geübt wurde. Die Zahl der durch längere — mindestens ein Jahr hindurch geübte — mechanische Behandlung erzielten definitiven Heilungen bei beweglicher Retrodeviation erscheint mir heute mehr als doppelt so gross wie damals. Ich habe bei 18% der an

¹⁾ M. Säger. Ueber Behandlung der Retroversio-flexio uteri. Centralbl. f. Gyn. 1885, p. 664.

²⁾ E. Fränkel. Ueber die Erfolge der mechanischen Behandlung der häufigsten Formen von Retrodeviation des Uterus. Centralbl. f. Gyn. 1886, p. 683.

³⁾ Mehrere Autoren (so Säger l. c. p. 666 und J. Veit, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XX. p. 61.) führen an, dass ich nur 2% dauernde Heilung zu berichten gehabt habe. Das wäre denn doch gar zu deprimirend gewesen!

chronischer Retroversio-flexio Leidenden (die im Anschluss an partus und abortus frisch entstandenen und alsbald diagnosticirten Rückwärtslagerungen sind hier so wenig wie in der früheren Veröffentlichung mitgerechnet) die bleibende Verbesserung der Lage erreicht.

Dazu kommt ein weiterer Umstand, der es bewirkt, dass der Vergleich der früheren mit den jetzigen therapeutischen Erfolgen zu Gunsten der letzteren ausfällt: dass wir nämlich gelernt haben, durch die Emmet'sche Operation, durch sachgemässe Ausschaltung retrahirender Narben im Gewölbe u. a. m. eine nicht ganz kleine Zahl von Retrodeviationen für die mechanische Behandlung von der Scheide aus vorzubereiten, in denen ohne eine solche Vorbereitung die Pessarbehandlung von vorneherein aussichtslos erschien.

Aber trotz dieser Fortschritte bleibt die Thatsache bestehen, dass die weitaus grössere Mehrzahl der Retrodeviationen durch die mechanische Behandlung von der Scheide aus dauernde Heilung nicht findet, sondern immer von Neuem eine unbequeme, gar nicht so selten mit intercurrenten Störungen verbundene palliative Behandlung Seitens des Arztes nöthig macht; und nicht minder die andere Thatsache, dass manche mit ganz besonders lästigen Symptomen verbundenen Retrodeviationen nicht einmal eine Aufrichtung in die normale Lage, geschweige denn eine Retention in dieser gestatten. Somit ist reichlich Ursache vorhanden, Mittel und Wege aufzusuchen, um da, wo vorhandene Symptome bestimmt auf die Lageveränderung zurückgeführt werden können, oder wo die Lageanomalie anderweitige krankhafte Vorgänge unterhält, gründlich und auf die Dauer jene zu beseitigen.

Es braucht hier nur daran erinnert zu werden, dass, wenn man von älteren Vorschlägen (Richelot, Sims) absieht, zunächst versucht wurde, das ersehnte Ziel durch Verkürzung der ligg. ut. rotunda zu erreichen.

Diese Methode, die Alquié - Alexander - Adams'sche Operation, hat in Deutschland wenig Anhänger. Ihr Erfolg gilt für nicht recht zuverlässig, ihre Verwendbarkeit für beschränkt. Für die deutsche Gynäkologie, die sich im Wesentlichen wohl ziemlich allgemein zu den von B. S. Schultze vertretenen Anschauungen bezüglich der Aetiologie der Rückwärtslagerungen bekennt, lag es am nächsten, eine Verkürzung der ligg. uteri postica (des musc. attollens uteri, retractor ut.) in's Auge zu fassen. Und

in der That ist später von W. A. Freund¹⁾ und Frommel²⁾, durch jenen von der Scheide, durch diesen von der Bauchhöhle aus eine operative Beseitigung der Lageveränderung³⁾ durch Verkürzung der hinteren Ligamente zur Ausführung gelangt. Beide Autoren haben übrigens die von ihnen gewählte Methode durchaus nicht zu allgemeiner Anwendung, sondern nur unter gewissen, stark einschränkenden Voraussetzungen empfohlen.

Im Gegensatz hierzu haben zwei Methoden, welche die Aufrichtung des retroflectirten Uterus durch adhäsive Antefixation des Corpus, resp. des fundus uteri anstreben, in Deutschland zahlreiche Anhänger und eine besondere lebhaft Besprechung gefunden: die Ventrifixation und die Vaginalligatur (Vaginofixatio) des retrofl. Uterus.

Die letztere, 1888 von Schücking empfohlen, wird, nachdem sie gerade in der jüngsten Zeit von verschiedenen Seiten wesentliche technische Verbesserungen erfahren hat, und da sie den weitaus ungefährlicheren Eingriff darstellt, sehr wahrscheinlich demnächst eine ausgedehnte Anwendung finden, vorausgesetzt, dass ihr Erfolg sich als ein dauernder und die physiologischen Vorgänge (Schwangerschaft) nicht beeinträchtigender herausstellt. — Der erstgenannten, der Ventrifixatio⁴⁾, sind von vorneherein engere Grenzen gesteckt, innerhalb deren sie sich indessen bewährt hat, und die ihr auch durch die technisch vervollkommnete Vaginofixatio kaum streitig gemacht werden dürften.

Die Geschichte der Operation reicht nicht weit zurück und ist daher leicht zu übersehen. Denn abgesehen von der classischen Einnähung der Castrationsstümpfe in die Bauchwunde, die Köberle (1877) bei einer polnischen Gräfin mit hartnäckiger Retroflexio ut. ausgeführt hat, und den vereinzelt analogen Operationen und Vorschlägen von P. Müller, Hennig, Lawson Tait, Staudé u. A. ist es ohne Zweifel erst der auf der 59. Versammlung deutscher Aerzte und Naturforscher zu Berlin (1886) von Olshausen gehaltene Vortrag⁵⁾, der die Bedeutung des Eingriffs klar gekenn-

¹⁾ Arch. f. Gyn. Bd. XXXVI. p. 519.

²⁾ Centralbl. f. Gyn. 1890. pag. 94.

³⁾ Freund operirte allerdings zunächst wegen prolapsus uteri in dieser Form.

⁴⁾ Ventrifixatio zu schreiben liegt kein Grund vor.

⁵⁾ Centralbl. f. Gyn. 1886. pag. 698.

zeichnet und ihm das Bürgerrecht in der operativen Gynäkologie erworben hat.

In den folgenden Jahren wandte sich ihm denn auch das Interesse der Gynäkologen in steigendem Maasse zu. Es wurden Modificationen der Technik empfohlen, die Indicationen bald enger bald weiter abgegrenzt, der Dauererfolg und besonders lebhaft der Einfluss der künstlichen Lageveränderung auf die Schwangerschaft discutirt. Ein äusseres Zeichen für das Interesse, das dem Gegenstand in der jüngsten Vergangenheit zugewandt wurde, ist darin zu

Name u. J.-N.	Alter. ? para.	Befund.	Beschwerden.	Frühere Therapie.
1.) Frau Juliane H. 1888. No. 192.	54 J. (noch menstrua) II p.	Retroversio ut. Pro- laps. vag. ant. et post. mod. Citronen- grosse Parovarial- cyste links.	Senkungsgefühl. Fluor.	—
2.) Fräul. Marie L. 1889. No. 44.	40 J. 0 p.	Retroversio fixata. Residua perimetri- tid. Verdickung der rechtsseitigen An- hänge.	Heftige Rückenschmerzen, die jede anhaltende Arbeit unmöglich machen.	Massage u. Elec- tricität. Stiftring. Dehnung der An- hänge, ohne Erfolg.
3.) Frau Caspari. 1889. No. 117.	44 J. V p.	Cystovarium sin. Retroversio mob. Prolaps. vagin. utri- usque.	Urin- und Stuhlbe- schwerden, Schei- denvorfall, Fluor.	Medicamentöse
4.) Fräulein J. A. 1889. No. 226.	38 J. 0 p.	Oophoritis et Peri- oophoritis duplex. Retroversio - flexio fixata.	Seit 12 Jahren lei- dend, seit 6 Jahren besonders intensiv. Dysmenorrhoe. schmerz. Defäca- tion, Unfähigkeit zu gehen.	Mehrfähr. Behan- dlung mit Tampon- nen, Massage, Elec- tricität, Pessarien, Hysterectomie.

finden, dass das Register des Jahrgangs 1891 vom Centralblatt für Gynäkologie nicht weniger als 28 Nummern über Ventrifixatio ut. aufweist.

Im Folgenden möchte auch ich meine Stellung zu denjenigen Fragen, die von verschiedenen Autoren verschiedene Beantwortung erfahren haben, an der Hand der eigenen, aus den letzten 4 Jahren stammenden Erfahrungen, wie sie in der nachstehenden Tabelle zusammengestellt sind, in Kürze darlegen.

der Operation.	Verlauf.	Oertlicher Erfolg.	Heilerfolg.
Laparotomia sin. u. Abtragung der linkss. Anhänge. Ventrifixatio mit 2 Catgutsuturen.	Völlig ungestört. Entl. am 21. Tag p. o.	Nach 4 Monaten: Uterus anteflectirt, der Bauchwand ad- härent. Prolaps d. hinteren Scheidenwand beseit.	Wohlbefinden.
Abtragung der rechtss. Anhänge. Ventrifixatio mit 2 Catg. u. 2 Seidenfäden.	Völlig ungestört. Entl. am 20. Tag p. o.	Nach 7 Monaten: Fundus unverändert an der Bauchwand fixirt.	Beschwerden beträcht- lich gemindert.
Abtragung des reich- kindskopfgrossen Ovarialcystoms. Ventrifixatio besonders wegen des Prolapsus.	Völlig ungestört. Entl. am 19. Tag p. o.	Nach 1 Jahr: Fixation erhalten. Fundus durch die Laparotomienarbe fühlbar.	Nach 3 Jahren: Uterus in geringer An- teversion an den Bauch- decken befestigt ge- blieben. Kein Prolaps, nur geringe Inversion der Scheidenwände. Climacterium incipiens.
Abtragung d. Adhäsion. Vollständige Abtragung der einseitigen, theilw. linkss. Anhänge. Ventrifixatio.	Völlig fieberlos, vom 3.—5. Tag hart- näckiges Erbrechen. Entl. n. 3 1/2 Wochen.	Nach 3 Jahren: Fixation erhalten.	Menses cessirten erst im 3. Jahr p. op. Beschwerden beträcht- lich gemindert, meist nur in den prämenstru- alen Epochen noch lästig. Obstipation be- steht noch.

Name u. I.-N.	Alter. ? para.	Befund.	Beschwerden.	Frühere Therapie
5.) Frau Kath. Kr. 1890. No. 3.	37 J. III p.	Oophoritis et Salpingitis duplex. Retroflexio, nicht völlig aufrichtbar.	Seit 6 Jahren (im Anschluss an das letzte Wochenbett) leidend.	Mehrere Jahre durch m. Sitzb. Umschlägen, verschiedenen Pessarien u. s. w. ohne Erfolg behandelt.
6.) Frau Caroline H. 1890. Nr. 364.	31 J. III p.	Cystovarium dextr. Retro(-latero-)flexio ut. mobilis.	Leichte Ermüdung, Obstipation, Fluor.	Medicamentöse
7.) Frau S. R. 1890. No. 178.	36 J. V p.	Oophoritis et Periooph. duplex. Retroflexio fix.	Kreuzschmerzen. Dysmenorrhoe. Zahlreiche hysterische Beschwerden.	Wiederholte richtungsversuche. Verschiedene Pessarien getragen.
8.) Frl. Bertha Sch. 1891. No. 25.	28 J. 0 p.	Kleincystische Degeneration beider Ovarien. Tieflage derselben. Retroflexio ut. mob.	Heftige Dysmenorrhoe. Kreuzschmerzen, fortschreitende Entkräftung.	Früher Disc. ohne Erfolg ausgeführt, Pessarien nicht vertragen.
9.) Frau Kath. E. 1891. No. 144.	30 J. IX p.	Osteomalacia. Retroflexio ut. mob.	die der osteomalac. Erkrankung.	
10.) Frau Müsebeck 1891. No. 155.	37 J. III p.	Cystovarium dextrum. Retroflexio uteri fixati.	Leidend seit der 1. Entbindung. Menses profusi, Schmerzen im Leib, besonders bei Bewegung.	Locale Antiphlogonika. Pessarien

der Operation.	Verlauf.	Oertlicher Erfolg.	Heilerfolg.
Exstirpation d. beträchtlich verdickten beiderseitigen Anhänge. Ventrifixatio.	Fieberlos. bis auf 1 Tag (38,7). Entl. 3 Woch. p. o.	Fixation erhalten.	
Laparotomia dextra Entfernung zahlreicher Adhäsionen) Ventrifixatio.	Völlig ungestört. Entl. 20 Tage Post operat.		
Castratio Ventrifixatio.	Völlig ungestört. Entl. nach 3 Wochen.	Nach 1 1/2 Jahren Uterus anteflectirt erhalten.	Beschwerden nahezu vollkommen beseitigt.
Castratio. Ventrifixatio.	Günstig; am 2. u. am 3. Abend T. 38,2. Entl. nach 4 Wochen.	Nach 1 1/2 Jahren Uterus in Anteversion fixirt.	Nachdem die völlige Genesung durch eine kleine Narbenfistel auf- gehalten war, verloren sich rasch die Beschwer- den nach Entfernung eines Seidenfadens.
Castratio Ventrifixatio.	Günstig; (F. am 3. Abd. 38,5) Entl. n. 3 Wochen	Fixation erhalten.	Besserung.
Exstirpation des faust- großen Omentums mit dem Omentum und der Bauchwand nach rechts. Trennung Adhäsionen des Ut. — Ventrifixatio.	Völlig ungestört. Entlassung nach 3 Wochen.	Nach 1 1/2 Jahren. Uterus normal ante- vertirt-flectirt, nach allen Seiten beweg- lich. Kaum tastbarer Verbindungsstrang mit der Bauchwand.	Keinerlei örtliche Beschwerden. (Bericht des Herrn Dr. Rühl.)

Name u. J.-N.	Alter. ? para	Befund.	Beschwerden.	Frühere Therapie
11.) Frau Elisabeth Z. 1891. No. 170.	36 J. IV p.	Tumor mesent. solidus. Spitzwinkelige Retroflexion. Inversion beider Scheidenwände.	Schwächegefühl. Fluor.	Medicament
12.) Frau Ernestine Sch. 1891. No. 217.	43 J. V p.	Mehr als kindskopfgrosses rechtsseit. Ovarialkystom. Retroflexio ut. c. desc. Prolaps. vag. utriusque.	Druckgefühl i. Leib, bes. b. Anstrengung. Geschwulst. Zu reichl. Menses.	Ist 1 mal vor 1 cürettiert worden. Pessar.
13.) Fräul. Clara Sm. 1891. No. 451.	28 J. 9 p.	Retrofl. ut. mob. Verdickung der rechtsseitigen Anhänge.	Heftige Dysmenorrhoe. Seit 3 Jahren continuirliche Schmerzempfind. im Becken.	Lange mit Tamponen, Bepinselungen, Pessarien, Pessarien handelt.
14.) Frau Kath. Kr. 1892. No. 103.	36 J. V p.	Osteomalacia. Retroversio - flexio ut. mob.	Alle Zeichen der osteom. Erkrankung. K.-Gew. 63 $\frac{3}{4}$ Ø Retroversio-flexio ut. mob.	Die charakteristischen Zeichen der Osteomalacia.
15.) Frau D. 1892. No. 224.	42 J. II p.	Osteomalacia. Retroversio - flexio ut. mob.	Typische Veränderungen u. Beschwerden der osteom. Erkrankung.	
16.) Frau Math. K. 1892. No. 245.	34 J. II. p.	Rechtsseitig. Parovarialcyste über mannskopfgross. Retroversio ut.	Folgen der Geschwulstbildung.	
17.) Frau Dern. 1892. No. 380.	28 J. II p.	Descensus ut. retroversi. Inversio vaginalis utriusque, trotz breitem Hautdamm.	Vorfallbeschwerden Gemüthl. Depression.	i. J. 1887 Colporrhaph. an Colpoperineorrhaphia. 5 Jahre Pessar tragen.

der Operation.	Verlauf.	Oertlicher Erfolg.	Heilerfolg.
Circumscirpation d. Tumors scheint zu eingreifend. Ventrifixatio	Völlig ungestört. Entlassung nach 3 Wochen.	Nach $\frac{5}{4}$ Jahren Ut. gut an der Bauch- wand fixirt. (Bericht des Hrn. Dr. Braun.)	Keine Unterleibsbe- schwerden; erkrankt im Sommer 92 an Phthisis pulmon.
Ovariectomia dextra. Ventrifixatio.	Völlig ungestört. Entlassung Ende der 3. Woche.		
Fixation der rechts- seitigen Anhänge. Ventrifixatio.	Verlauf völlig glatt bis auf Ischurie in den ersten 8 Tagen. Entlassung nach 4 Wochen.	Nach 1 Jahr: Uterus gut aufge- richtet fixirt.	Beschwerden nur zum Theil beseitigt; namentlich besteht noch Dysmenorrhoe. (s. u.)
Castratio. Ventrifixatio.	Gut. Die ersten Tage ge- ringes Abendfieber.	Fixation erhalten.	Die osteomalac. Beschwerden erheblich gebessert.
Castratio. Ventrifixatio. Uteruswand erscheint mürbe.	Verlauf völlig ungestört.	Uterus fixirt.	Erheblich gebessert.
Ovariectomia dextra. Ventrifixatio.	Verlauf völlig ungestört. Entlassung am Ende der 3. Woche.	Nach 4 Monaten: Uterus in Anteverti- cation fixirt.	Ohne Beschwerden.
Ventrifixatio.	Verlauf völlig ungestört. Entl. am 22. Tag.	Nach 4 Monaten: Uterus gut fixirt. Kein Prolaps der Scheidewände.	Kein Senkungsgefühl mehr. Die früher ernst- lich deprimirte Stim- mung ist erheblich ge- bessert.

Name u. J.-N.	Alter. ? para.	Befund.	Beschwerden.	Frühere Thera
18.) Frau B. Wetzlar 1892. No. 181.	32 J. V p.	Rechtsseit. manns- kopfgrosser, z. Theil solider, und kleiner linksseitiger tumor ovar. Retroversio ut.	Seit 1 $\frac{1}{2}$ Jahr. Kreuz- schmerzen. Geschwulst.	Bäder, Umschl. u. s. w.
19.) Frau B. aus Hanau 1892. 2. IX.	33 J. I p.	Beide Ovarien ver- dickt, tiefliegend; Retroversio - flexio ut.	Kreuz- u. Steissbein- schmerzen, beson- ders bei den Menses. Steril seit 9 Jahren.	Vergebliche V suche mit versc denen Pessari Hydrotherapi
20.) Fräul. Ph. 1892. No. 54.	38 J. 0 p.	Apfelsinengross. in- tramurales Myom. im fund. ut. Retroversio.	Erschöpfende Blut- verluste. Hochgra- dige Anämie.	Ergotin. Abrasio. Hydrastinin
21.) Frau Schmitt 1892. No. 58.	42 J. IV. p.	Inversio vaginae ut- riusque et descensus ut. retroversi. Apfel- sinengrosses Myom in d. linken Seite des fundus.	Seit dem I. partus Prolapsbeschwerden. Menses nimii.	Colporrhaphia nach Fehling Lappendammna October 1891 Vorher Pessari
22.) Frau Sch. 1892. No. 60.	36 J. V p.	Kindskopfgross. in- tramural. Myom in der hintern Wand des retrofl. Uterus.	Menses profusi, ante ponentes. Stuhl- und Urinbeschwerden.	Abrasio.
23.) Fräul. Al. 1892. No. 170.	20 J. 0 p	Mannskopfgross. in- tramurales Myom des fundus ut.	Menses profusi. Druckbeschwerden.	

der Operation.	Verlauf.	Oertlicher Erfolg.	Heilerfolg.
<p>riotomia duplex.</p> <p>Ventrifixatio.</p>	<p>Verlauf ungestört bis auf eine mässige Cystitis.</p> <p>Entlassung nach 5 Wochen.</p>	<p>Ut. nach 3 Monaten in Anteversion fixirt.</p>	<p>Wohlbefinden.</p>
<p>Castratio.</p> <p>Ventrifixatio.</p>	<p>Brechen und Brech- neigung die ersten 5 Tage hindurch.</p>	<p>Bei der Entlassung gute Ventrifixation.</p>	<p>Erheblich gebessert nach 2 Monaten.</p>
<p>tragung der Anhänge, nucleation des Myoms. Vernähung des Corpus an die Bauchwand.</p>	<p>Mässiges Fieber (bis 38,8) in der ersten Woche. Entlassung nach 5 Wochen.</p>	<p>Uterus gut in Anteversion fixirt.</p>	<p>Wohlbefinden.</p>
<p>nucleation des Myoms. tragung der linken Anhänge. Etagenweise Vernähung des Ge- wulstbettes und An- näherung der Uteruswunde an die Bauchwunde.</p>	<p>Verlauf völlig ungestört. Entlassung nach 4 Wochen.</p>	<p>Uterus in Anteversion fixirt.</p>	<p>Wohlbefinden.</p>
<p>tragung d. Anhänge. nucleation des Myoms. Etagenweise Vernähung des Bettes und Annä- herung der Uterus- an die Bauchdeckenwunde.</p>	<p>Verlauf nur in den 3 ersten Tagen (38,5) nicht ganz fieberlos. Entlassung nach 4 1/2 Wochen.</p>	<p>vac.</p>	<p>vac.</p>
<p>erst einfache Enuclea- tion des Myoms, Ver- nähung des Bettes und intra-peritoneale Ver- nähung. — Secundär die Einnähung an die Bauchwunde.</p>	<p>Temp. am 2. Abend 39,0, hernach längere Zeit geringe (38,0) Abendtemperatur. Entlassung nach 8 Wochen.</p>	<p>Nach 3 Monaten gute Ventrifixation.</p>	<p>Wohlbefinden.</p>

Schon ein flüchtiger Blick auf die Tabelle lehrt, dass ich gleichwie Olshausen, Leopold, Zweifel, Fehling und Andere die Ventrifixatio wegen Retroflexio uteri nicht häufig ausführe. Denn unter den 23 Fällen der Tabelle, die einem Krankenmaterial von rund 3200 Nummern entnommen sind, ist in der bei Weitem grösseren Mehrzahl die Laparotomie zunächst gar nicht oder doch jedenfalls nicht in erster Linie wegen der bestehenden Lageveränderung gemacht, die letztere vielmehr nur gelegentlich eines anderweitig indicirten Bauchschnittes durch die Ventrifixation beseitigt worden. Dies gilt ohne Einschränkung von den folgenden 15 Fällen:

- 3 Castrationen wegen Osteomalacie (No. 9. 14. 15.)
- 5 Ovariectomien (No. 3. 6. 10. 12. 18.)
- 2 Parovariectomien (No. 1. 16.)
- 4 Myomoperationen (No. 20—23.)
- 1 Incision bei Mesenterialtumor.

15.

Aber auch bei den übrigbleibenden 8 Kranken war fast ausnahmslos die gleichzeitige Erkrankung der Anhänge und der geringe Erfolg der hiergegen angewandten nicht operativen Therapie mitbestimmend bei der Entscheidung für die Ventrifixatio gewesen. Daher wurden denn auch bei diesen 8 Patientinnen 3mal (No. 2. 3. 13.*) die erkrankten Anhänge der einen Seite und 4mal (No. 5. 7. 8. 19. die beiderseitigen Anhänge entfernt.

Die Zahlen beweisen zur Genüge, dass ich die Berechtigung zu der Operation nur in einer sehr beschränkten Zahl von Rückwärtslagerungen anerkenne, dass ich aber die Vortheile, die sie bietet nicht unterschätze und in geeigneten Fällen ausnütze. Mit dieser Einschränkung theile ich den Standpunkt der Mehrzahl der deutschen Gynäkologen, vor Allen desjenigen, dem die Ventrifixation ihre Stelle in der operativen Gynäkologie verdankt, Olshausen's, der am Schluss seines oben citirten Vortrags energisch betonte, dass er völlig missverstanden sein würde wenn man glaubte, er wollte der von ihm empfohlenen Operation eine grössere Ausdehnung geben. Nur in sehr vereinzelt und sonst trostlosen Krankheitsfällen von adhärenter Retroflexion oder Prolaps glaube er, dass die Operation am Platz sein könne.

Wie sehr ich auch der conservativ zurückhaltenden Indications-

*) Bezüglich No. 13 vergl. die Anmerkung auf pag. 223.

stellung Olshausens im Allgemeinen beipflichte, so halte ich doch die in dem angeführten Satz geforderte principielle Einschränkung auf „adhärente“ Retroflexionen nicht für gerechtfertigt. Ebenso wie Sängner¹⁾, Leopold²⁾, Zweifel u. A.³⁾ bin ich der Meinung, dass auch bei beweglicher Retrodeviation die Beschwerden, nachdem sie jeder anderweitigen örtlichen und allgemeinen Therapie Trotz geboten haben, die Indication zur Ventrifixation bieten können. Ja, man wird in diesen Fällen den Nutzen der — durch mechanische Behandlung von der Scheide aus nicht erreichbaren — Lageverbesserung an sich schärfer zu Tage treten sehen, als in den Fällen von Retroflexio fixata, in denen man nur selten ganz bestimmt unterscheiden kann, welcher Antheil an dem Erfolg der Lösung von Adhäsionen und der Entfernung entzündlich veränderter Organe und welcher der Correction der Lage zuzuschreiben ist. Diese aufrichtbaren Retroflexionen, die durch Scheidenpessarien in normaler Lage nicht zurückgehalten werden, bezeichnen indessen namentlich da, wo sie nicht mit chronisch-entzündlichen Veränderungen der Tuben und Ovarien complicirt sind, dasjenige Terrain, das die Vaginofixatio, wohl mit Recht, für sich beansprucht. Sobald die letztere eine solche technische Ausbildung erlangt hat, dass sie als zuverlässig in ihrem bleibenden Endeffect und als unschädlich für neue Schwangerschaften gelten kann, fallen ihr derartige Fälle so gut wie ausnahmslos zu.

Unter unseren 8 hier in Betracht kommenden Fällen handelte es sich 4mal um bewegliche und 4mal um fixirte Retrodeviation, in jeder der beiden Gruppen fanden sich je 2 unverheirathete Oparae und 2 verheirathete Pluriparae.

In der ersten Gruppe bot bei der Einen der verheiratheten Frauen (Frau D. No. 17.) weniger die bewegliche Retroversio uteri als der trotz wohlgelungener Scheiden- und Scheidendammoperation wiederaufgetretene Descensus ut. und die Inversion beider Scheidenwände die Indication zu dem Eingriff. Hier waren die Anhänge gesund und blieben demgemäss unberührt. Der Erfolg war befriedigend. — Bei der andern verheiratheten Patientin (No. 19) war die Lageveränderung der Ausgangspunkt unausgesetzter, zur Zeit der Menses besonders heftiger Kreuz- und Steissbeinschmerzen.

¹⁾ Centralbl. f. Gyn. 1888. p.

²⁾ Volkmanns Sammlung Klinischer Vorträge. 1889. No. 333. p. 10.

³⁾ Vorlesungen über klinische Gynäkologie. Berlin 1892. pag. 216.

Bei der ursprünglich heitern und energischen Frau bildete sich unter dem Einfluss der lästigen Sensationen mehr und mehr eine deprimirte Gemüthsstimmung aus. Die Symptome hatten sich im Anschluss an das erste und einzige Wochenbett entwickelt und waren erfolglos mit Bädern, Tampons und Pessarien bekämpft worden. Die Anwendung der letzteren war durch die Anschwellung und hochgradige Empfindlichkeit der tiefliegenden Ovarien unmöglich gemacht. In diesem Fall wurden die chronisch-entzündlich veränderten Anhänge mitentfernt.

Letzteres geschah auch bei der Einen der 2 Nulliparae dieser Gruppe, einem schwächlichen, aus tuberculöser Familie stammenden Fräulein von 28 Jahren, die seit geraumer Zeit die verschiedensten Curen gegen unerträgliche Beckenbeschwerden durchgemacht hatte und trotz Discision, Morphium etc. vor und bei den Menses ausserordentlich litt. Beide Ovarien fanden sich kleincystisch degenerirt. Der Erfolg war hier ein sehr befriedigender: das Körpergewicht und die Leistungsfähigkeiten hoben sich im Anschluss an den Eingriff, und an die Stelle völliger Verzagtheit trat neuer Lebensmuth.

Freilich dürfte hier der Exstirpation der Ovarien ein grösserer Antheil an dem Erfolg zukommen als der Lageverbesserung. Dies wird durch den in vieler Beziehung analogen vierten Fall dieser ersten Gruppe (Frl. Sm. No. 13) zum mindesten sehr wahrscheinlich gemacht: Auch hier jahrelange Dysmenorrhoe, Kreuz- und Seitenschmerzen auch in der intermenstrualen Zeit, wechselnde Störungen der Darmthätigkeit, Abmagerung. Wiederholt längere örtliche Behandlung mit Tampons, warmen Douchen, Ichthyolpräparaten, kurze Zeit hindurch erfolglose Anwendung des constanten Stroms. Uterus beweglich retrövertirt, geschwollen; die Anhänge beiderseits deutlich verdickt und druckempfindlich, ausgesprochener links. Von anderer Seite war wegen der geringen Erfolge der bisherigen Behandlung bereits die Castration vorgeschlagen. Ich konnte mich, als sich bei der Laparotomie keine cystische Neubildung, sondern nur entzündliche Schwellung der Anhänge fand, doch nur zur Abtragung der stärker afficirten linksseitigen (neben der Ventrifixation) entschliessen, — ebenso wie Leopold in zwei analogen Fällen (l. c. p. 12.) „durch das Gefühl bestimmt, nur das entfernen zu dürfen, was sich deutlich erkrankt zeigte.“ Der Erfolg befriedigte indessen nur kurze Zeit, eigentlich nur während der ersten Monate nach der Operation, obgleich die Lage dauernd

gebessert blieb. Namentlich stellte sich die Dysmenorrhoe nahezu mit der alten Heftigkeit wieder ein. *) Es soll dabei ausdrücklich betont werden, dass beide Operirte nicht zu den älteren Jungfrauen gehörten, denen Klagen geradezu Bedürfniss ist, sondern vernünftige, pflichteifrige Damen waren, die sich höchst ungern als invalide und einer örtlichen Behandlung bedürftig bekannten.

Die Wichtigkeit der völligen Aufhebung des menstrualen Vorgangs durch die Castration (neben der Lageverbesserung) wird aber noch ganz besonders illustriert durch einen Fall aus der 2. Gruppe (No. 5 der Tabelle). Auch hier handelte es sich um ein damals 38 Jahre altes Fräulein, das bereits 6 Jahre an lästigen Unterleibssymptomen, hauptsächlich zur Zeit der Menses, litt. 3 Jahre vor der Operation hatte sie wiederholte — innerhalb 6 Monaten 3 — sehr heftige Anfälle von Beckenperitonitis durchgemacht. Es folgten nun (begrifflicher Weise!) missglückte Versuche, durch ein Pessarium Besserung zu schaffen. Nach diesen wurde mit grosser Consequenz Alles angewandt, was gegen die Residuen örtlicher Entzündungen zu geschehen pflegt; ausser den localen Encheiresen — Tampons, Bepinselungen, Massage, — wurden namentlich Sool- und später Moorbäder mit grosser Ausdauer gebraucht, indessen nur geringe Linderung der Beschwerden erzielt: Kreuz und Leibschmerzen, die letzteren namentlich in der rechten Seite des Abdomen, vom Beckeneingang bis in's Hypochondrium ziehend, hartnäckige Darmbeschwerden, Unfähigkeit zu gehen.

*) Die Beschwerden waren gegen den Herbst 92 so stark und die Patientin durch ihre Arbeitsunfähigkeit so unglücklich, dass sie im October d. J. dringend um Entfernung auch des andern Ovariums bat. Trotzdem ich ihr unverhohlen erklärte, wie ungern ich an die Operation heranginge, von der ich nicht einmal mit absoluter Sicherheit Beseitigung ihrer Beschwerden versprechen konnte, drang sie auf deren Ausführung.

Bei derselben, die während des Druckes dieser Arbeit (24. X. 92) vorgenommen wurde, fand sich der Uterus in Anteversio-flexio, die hintere, obere Wand ein wenig unter'm Niveau des oberen Symphysenrandes, also unterhalb des Beckeneingangs, im kleinen Becken. An der linken Kante des Fundus fühlte man noch einen Seidenfadenknoten. Ein fixirender Strang zog von der Mitte des Fundus gegen das untere Ende der alten Schnittnarbe. Diese bandförmige Adhäsion war so ausgezogen, dass sie dem Uterus, wie wir uns direct überzeugten, ziemlich freie Beweglichkeit gewährte und doch ein Nachhintensinken desselben verhinderte. — Verlauf völlig ungestört.

Die erste menstruale Epoche nach der Operation wurde schmerzlos überstanden; „fliegende Hitze“ bildete diesmal die einzige Beschwerde.

Nachdem ich durch längere Beobachtung (Dehnung der Adhäsionen, dann Versuch mit dem Ebellschen Stiftring) mich überzeugt hatte, dass eine dauernde Rectification der Lage nur nach Trennung der bestehenden Adhäsionen erreichbar war, machte ich, — damit den Bitten der Kranken nachkommend — im Oktober 1889 die Castration und Ventrifixation. Kurze, bandförmige Adhäsionen, die brückenartig, 6—7 Taschen bildend, von der hintern Wand des Uterus über den Douglas zogen, mussten getrennt und die Ovarien aus den sie umhüllenden schwartigen Pseudomembranen mühsam losgeschält werden, ehe die Abtragung der letzteren und die Annäherung des Fundus ut. gelang. Die Ausschälung war besonders bei dem linken Ovarium schwierig, und es blieb höchstwahrscheinlich von dessen Parenchym eine gewisse Partie zurück. So war denn auch der Erfolg längere Zeit nicht recht befriedigend. Die Operirte fühlte sich, trotz guter Aufrichtung des Organs, zu deren Sicherung im ersten Jahre nach der Operation überdies ein schmales Hodge-Pessar getragen wurde, nur gebessert und leistungsfähiger als vorher, aber nicht geheilt. Der Grund hiefür war das Fortbestehen der Menses und der menstrualen, besonders aber der prämenstrualen Beschwerden, die zwar nicht jedesmal und nicht so heftig wie früher auftraten, aber doch stetige Schonung und ärztliche Behandlung nöthig machten. Erst 2 $\frac{3}{4}$ Jahre nach dem Eingriff, im Sommer 92, sind die Menses schwächer geworden und mehrmals ausgeblieben. Gleichzeitig hiermit hat sich das Wohlbefinden unverkennbar gehoben und befestigt.

Wo in derartig complicirten Fällen die entzündlichen Veränderungen hauptsächlich an den Tuben und Ovarien sich abgespielt haben und abspielen, ist die gründliche Exstirpation dieser Organe verglichen mit der gleichzeitigen Ventrifixation ohne Zweifel der wichtigere Theil der Bauchoperation.

Man hat nun gemeint (u. A. J. Veit l. c.), dass bei Kranken dieser Art die Abtragung der Anhänge überhaupt ausreiche. Bei der an die Operation sich anschliessenden Rückbildung des Uterus sei es bedeutungslos, ob die Lageveränderung fortbestehe oder nicht. Soweit kann ich indessen nicht gehen, wenn ich auch zugebe, das einfache Retrodeviation eines senil involvirten Uterus für sich gewöhnlich keine Beschwerden macht und nicht Gegenstand der mechanischen Therapie zu sein pflegt. Denn wir dürfen erstens nicht vergessen, dass gerade im Climacterium — im

Gegensatz zum ausgebildeten *status senilis involutus* —, von dem wir doch annehmen, dass es sich an die Abtragung der Ovarien anschliessen wird, die mit den Retrodeviationen verbundenen Beschwerden nicht selten sich steigern. Und wir müssen zweitens bedenken, dass doch auch der *postclimacterisch-atrophische* Uterus, wenn er *retrovertirt-flectirt* liegt, die etwa bestehende Disposition zur Ausbildung eines Prolapses vermehrt und ferner gewisse Formen eiteriger Endometritis (*Pyorrhoea vetularum*) durch Secretverhaltung eine besonders lästige Ausbildung erlangen lässt. Aus diesen Gründen, glaube ich, wird man gut daran thun, die Ventrifixation in den einschlägigen Fällen auch fernerhin nicht zu unterlassen, zumal der Eingriff dadurch kaum oder doch in sehr geringem Maasse aggravirt wird.

Bezüglich der Technik der Operation bestehen keine wesentlichen Meinungsverschiedenheiten. Es ist bekannt, dass sie sich aus dem Einnähen der Ligaturstümpfe in die Bauchwunde bei der Castration oder eines Ligaturstumpfes bei der Ovariectomie zuerst zur Annäherung der Stümpfe oder der *Cornua uteri* (*ligg: ut. rotunda und lata*) an die Innenfläche der Bauchwandung (*Ols-hausen, Sänger*) und dann weiterhin zur Annäherung des *fundus uteri* an die letztere entwickelt hat. Bei der Anheftung des *fundus ut.* gehen dann die Methoden wieder insofern auseinander, als der Eine mit *Leopold* „durch drei tiefumgreifende Bauchdeckennäthe den Grund der Gebärmutter selbst mitfasst und die *Serosa* des *Fundus* in der Umgebung der Durchstechungspunkte mit dem Messer leicht abschabt und wundmacht, um die Verklebung dieser Partie mit der Bauchwand zu erleichtern“, — der Andere mit *Czerny* die vordere Uteruswand nahe der Kuppel, ohne sie vorher wund gemacht zu haben, durch einen oder zwei *Sublimat-catgutfäden* annäht, die Fäden kurz abschneidet und versenkt.

Was mich betrifft, so habe ich, wie *Czerny*, mit Ausnahme derjenigen Fixationen, die bei Gelegenheit von *Myomexstirpationen* vorgenommen wurden, regelmässig die vordere Wand des *Fundus uteri* mit 2 Seiden- und 2 Catgutfäden, jederseits eine Seiden- und eine Catgutligatur, angeheftet. Die Fäden wurden am Uterus nahe der Tubeninsertion durch die *Serosa* und etwa durch die halbe Dicke der *Muscularis* und ebenso an der Bauchwand durch die *Serosa parietalis* und die tiefsten Muskellagen geführt; Seiden- und Catgutfäden wurden in gleicher Weise kurz abgeschnitten und versenkt.

Der Eingriff ist nahezu überall sehr gut vertragen worden. Meist war der Verlauf völlig glatt, wie ein Blick auf die Tabelle lehrt, und namentlich ist eine nennenswerthe Complication der Ovariectomie dadurch, dass die Ventrifixation damit verbunden wurde, nicht geschaffen worden. In zwei Fällen suchten sich die zurückgelassenen Seidenfäden langsam den Weg durch die Bauchdeckennarbe nach aussen, in einem derselben (No. 8) wurde der Faden erst nach einer Incision entfernt und hiermit eine minimale Bauchdeckenfistel zur Heilung gebracht.

Beschwerden waren nirgends mit der künstlichen Vorwärtslagerung des Organs verbunden, namentlich bestanden keine oder doch nur ganz geringe, auf die allerersten Tage nach der Operation beschränkte Beschwerden der Urinentleerung. Nur ist bei 2 Operirten im Anschluss an den Eingriff mehrere Tage anhaltendes Erbrechen zu beobachten gewesen, das zwar keine ernsteren Besorgnisse erregte, da Puls und Temperatur völlig befriedigten, aber doch durch seine Hartnäckigkeit die Kranken angriff und den Erfolg der Operation zu gefährden schien. Die letztere Sorge erwies sich als unbegründet, da auch in diesen Fällen, wie überhaupt in allen, die später controllirt werden konnten, die Antefixatio uteri erhalten blieb.

Während, wie die Tabelle lehrt, die Operirten regelmässig nach 3—3½ Wochen entlassen wurden, zog sich die Heilung bei den (mehr anhangsweise mitaufgeführten) Myomkranken, bei denen nach der Myomausschälung der Uterus in oder an der Bauchwunde fixirt worden war, etwas länger — 4, 4½, 5 und 8 Wochen — hin.

Nur in einem dieser Fälle (No. 21) bot die Lageveränderung, der Descensus uteri retróversi, und die lästigen subjectiven Vorfallbeschwerden bei der 41jährigen Patientin an erster Stelle die Indication zur Laparotomie, erst an zweiter die durch das Myom verursachten zu reichlichen Menstrualblutungen. Hier war die ein halbes Jahr vorher ausgeführte Colporrhaphia ant. nach Fehling nebst Colpoperineorrhaphia nicht genügend gewesen, um das Wiederherabtreten des grossen, schweren Uterus und die Reinversion der Scheidenwände zu verhindern. Die Verkleinerung des Organs durch die Enucleation des in der linken Seite des fundus ut. sitzenden, sehr derben, apfelsinengrossen Fibromyoms und die Annäherung des elevirten Uterus erschien zumal bei dem Alter der Patientin in jedem Fall rationeller als eine erneute vaginale Prolapsoperation. Bei der Ausführung wurde wegen des Gefässreichthums des linken

lig. lat. dieses zunächst doppelt unterbunden und die l. Anhänge abgetragen; sodann wurde das Myom ausgeschält, das Geschwulstbett resecirt und etagenweise vernäht und die Uterusnahtwunde ganz ähnlich wie bei der extraperitonealen Stielversorgung nach supravaginaler Amputation (conf. Heft I. pag. 44/45) in dem untern Theil der Bauchwunde fixirt. Völlig glatter Verlauf. Der Uterus bleibt elevirt.

In den 3 übrigen Myomfällen waren es dagegen Myomblutungen, die so erschöpfend waren und so hartnäckig jeder anderweitigen Therapie getrotzt hatten, dass sie an erster Stelle die Indication zur Laparotomie boten. Zweimal wurde hier die Castration mit der Ausschälung des Myoms verbunden, das eine Mal (38jährige, völlig ausgeblutete Lehrerin) wegen der hochgradigen Anämie, das andere Mal aus technischen Gründen. In dem dritten dieser Fälle (Frl. Al. No. 23.), der ein 20jähriges, im Uebrigen völlig gesundes und blühendes Mädchen betraf, galt es, so conservativ als irgend möglich vorzugehen. Hier hatte sich das mehr als mannskopfgrosse, mit starken zuführenden Gefässen ausgestattete, ödematös-weiche Myom in verhältnissmässig kurzer Zeit entwickelt und Druckerscheinungen wie allzureichliche Menses im Gefolge gehabt. Auch hier gelang die Enucleation des Tumors ohne Eröffnung des Cavum uteri, ausserdem blieben die Anhänge beiderseits unberührt. Das Geschwulstbett wurde zum grössten Theil resecirt und dann etagenweise vernäht, dabei wurde Muscularis und Serosa uteri ganz wie bei der Sectio caesarea durch Catgut-Knopfnath vereinigt und der Uterus versenkt, nachdem eine nach Lösung des Gummischlauchs aufgetretene Blutung noch zur Anlegung dreier die Bettwandung umfassender Seidenknopfnäthe genöthigt hatte. Erst secundär wurde in diesem Falle die Einnähung in die Bauchwunde und damit die Ventrifixation des Corp. ut. ausgeführt. Denn nachdem schon am ersten Abend die Temp. auf 38,4, der Puls auf 120 gestiegen war, traten am 2. Tag bei 39,0° T. und 156 P. bedrohliche peritonitische Erscheinungen ein, die am Abend des 2. Tages die Oeffnung der Bauchwunde und die Einheftung des vernähten Geschwulstbettes in die letztere ganz in der früher beschriebenen Weise veranlassten. Dieser Eingriff hatte ein promptes Herabgehen der Fiebererscheinungen zur Folge: P. am 3. Tag 128, am 4: 112, am 5: 90, am 7: 80. Sechs Wochen nach der Operation wurden die Granulationen im Wundtrichter abgeschabt und dieser durch einige secundäre Nähte vereinigt; zwei Wochen später geheilt entlassen.

Ueber die Dauerhaftigkeit der neugeschaffenen Lage der Gebärmutter ist, trotzdem auf die von Leopold empfohlene Wundmachung der Serosa uteri verzichtet wurde, nur Günstiges zu berichten. Der anatomische Erfolg blieb in allen Fällen, in denen eine Nachuntersuchung möglich war, erhalten. 8 mal konnte die dauernde Befestigung des Uterus in mehr oder weniger ausgebildeter Anteversion nach Ablauf von 1 Jahr und darüber constatirt werden, und zwar 2 mal durch die behandelnden Aerzte, 6 mal in der Klinik.

Zur Beurtheilung der Frage: wie weit der Eintritt und die Erhaltung späterer Schwangerschaft durch den Eingriff beeinflusst wird, liefert unser Material keinen oder doch nur sehr dürftigen Anhalt. Bei 15 Patientinnen war die Möglichkeit einer Conception überhaupt ausgeschlossen, weil entweder die beiderseitigen Anhänge abgetragen waren (10 mal, darunter 3 mal wegen Osteomalacia), oder das Climacterium bereits eingetreten war (1 mal), oder es sich um Virgines handelte (4 mal). Aber auch bei den Uebrigen waren die Chancen sehr gering: Zwei wegen Kystoma ovarii Operirte (No. 3 und 12) waren bereits 43, resp. 44 Jahre alt, und ebenso zählte eine Myomkranke bereits 41 Jahre, als die Operation vorgenommen wurde. Frau Z. (No. 11) erkrankte später schwer an Phthisis pulm. — So bleiben im Ganzen 4 Frauen für die Beurtheilung der fraglichen Verhältnisse. Erinnern wir uns, dass auch von diesen wiederum 2 (No. 16 und 17) erst vor wenig Monaten operirt wurden, so ist es wohl begreiflich, dass ich nicht in der Lage bin, über Schwangerschaften nach den hier ausgeführten Ventrifixationen zu berichten.

Die einzige Erfahrung, die ich in Beziehung auf den Einfluss entzündlicher Anlöthung des antevertirten Uterus an die suprasymphysäre Bauchwand, anführen kann, und zwar in günstigem Sinne anführen kann, habe ich bei der wiederholt durch Sect. caesarea entbundenen Frau Loh gemacht, über deren erste Entbindung im Januar 1890 im I. Heft (pag. 8) dieser Tagesfragen Bericht erstattet ist. Bei dieser war 3 Monate nach dem 1. Kaiserschnitt und ebenso noch 2 Monate später die Anlöthung der oberen Partie der vordern Corpuswand an die Bauchdeckennaht deutlich zu constatiren. Man fühlte damals die verbindenden Stränge, die dem Organ immerhin ausgiebige Excursion in senkrechter Richtung gestatteten. Zeitig trat neue Schwangerschaft ein, die ohne Beschwerden (nur einige Male Anfall von Diarrhoe) bis zum Ende

ausgetragen wurde. Bei der am 14. April 91 vorgenommenen 2. Sectio caesarea wurden zunächst Verklebungen zwischen Omentum majus und dem oberen Winkel der Bauchnarbe und ebenso leichte Verlöthungen der vorderen Uteruswand mit der Bauchwand constatirt und unschwer mit dem Finger getrennt.

Die Auffassung, die ich bezüglich der Ventrifixatio uteri aus Rede und Gegenrede in den gynäkologischen Vereinigungen wie in unserer Zeitschriftenlitteratur einerseits und aus der eigenen Thätigkeit andererseits gewonnen habe, lässt sich in folgende Sätze kurz zusammenfassen:

1. Die Ventrifixation ist eine zuverlässige Methode, den retrodeviirten Uterus dauernd in Vorwärtslagerung mit mässiger Elevation zu erhalten.

2. Obgleich die Fixatio anterior an und für sich eine Abweichung von der physiologischen Befestigung des Uterus bezeichnet, pflegen doch keinerlei Beschwerden dadurch bedingt zu sein.

3. Die Fähigkeit zu concipiren wird hierdurch nicht beeinträchtigt. Die Erfahrung zuverlässiger Beobachter hat ferner gelehrt, dass in der Regel die Schwangerschaft sich bis zum regelmässigen Ende weiterentwickelt. Ob und wie weit trotzdem die Fixation eine Disposition zur vorzeitigen Unterbrechung einschliesst, kann erst nach weiteren Beobachtungsreihen befriedigend beantwortet werden.

4. Trotzdem wird die Ventrifixation wegen der Retroversio-flexio an sich nur dann angezeigt sein, wenn sehr erhebliche Beschwerden mit Sicherheit auf diese zurückgeführt werden müssen, die fehlerhafte Lage jedoch weder durch die orthopädische noch durch die operative Therapie von der Scheide aus dauernd corrigirt werden kann.

5. Am häufigsten kommt sie — jetzt und wohl auch künftig — bei Gelegenheit anderweitig angezeigter Laparotomien zur Ausführung, namentlich bei der Ovariectomie und der Castration, seltener bei Myomoperationen. In derartigen Fällen verdient sie, zur Beseitigung bestehender Retroversio-flexio oder des Prolapsus uteri, stets berücksichtigt zu werden.

IX. Die Verhütung fieberhafter Erkrankung im Wochenbett.

Die jüngere Aerztegeneration, der in der Klinik und später bei der Lectüre der medic. Zeitschriften ja vielfach die günstigen Berichte der grossen und kleinen Entbindungsanstalten über die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse der Pfleglinge aus den letzten 10—15 Jahren vorgeführt werden, kann sich kaum eine Vorstellung davon machen, wie zahlreiche Opfer an Todten und Invaliden nur um ein weiteres Jahrzehnt früher auch in gut geleiteten Anstalten das „Kindbettfieber“ forderte. Denn erst kurz vor der Mitte der 70er Jahre führte die Anschauung von der häufigsten Art puerperaler Infection, die sich bereits im Frühling 1847 dem Auge Semmelweis' enthüllt hatte, und die seit 1848 mit nimmer ermüdender Begeisterung und — Heftigkeit von ihm verkündigt worden war, zu präciseren Vorschriften für die geburtshülfliche Prophylaxe, — zu Vorschriften, die von da an, gleichen Schrittes mit der chirurgischen Antiseptik, von Jahr zu Jahr consequenter ausgebildet und allgemeiner eingeführt wurden. Es ist gewiss gut, und es findet sich auch oft genug Veranlassung, die jungen Aerzte direct daran zu erinnern, wie völlig von den heutigen verschiedene Zustände noch vor 20 Jahren in den Wochensälen herrschten, und welches Contingent für die Demonstrationscurse der pathologischen Anatomien damals die geburtshülflichen Kliniken lieferten.

Was in dieser Beziehung von den Anstalten gesagt ist, hat in gleicher Weise Gültigkeit für die geburtshülfliche Thätigkeit des einzelnen Praktikers. Und es ist gewiss nicht überflüssig, sich und den jüngeren Collegen von Zeit zu Zeit in's Gedächtniss zu rufen, wie viel ruhiger und sicherer man auch in der Privatpraxis nach Abwartung langwieriger Geburten, nach schwierigen und leichten operativen Eingriffen — (vorausgesetzt, dass dabei vom Geburtsbeginn an jede Infection ferngehalten wurde) — jetzt dem Wochenbett entgegensieht, als dies einem ernstesten und gewissenhaften Arzte früher möglich war.

Wie peinlich war namentlich im Anfang der 70er Jahre die Ausübung der Geburtshülfe für einen gründlichen und gewissenhaften Arzt! Aus einer überwältigenden Fülle klinischer That-sachen wusste man, auch ohne die moderne Kenntniss von der Rolle der Streptococcen und der Staphylococcen, mit voller Bestimmtheit, dass die Krankheitsträger fast ausnahmslos bei und unmittelbar nach dem Geburtsact, und zwar zumeist durch die Hände und Utensilien des Pflegepersonals in die Geburtswege gebracht wurden; aber man kannte dabei keine zuverlässige Methode, jene „Keime“ unschädlich zu machen oder fernzuhalten. Mit welcher Spannung beobachtete man daher nach einer einfachen Zangenoperation während der ersten Tage des Wochenbetts Puls und Temperatur, in dem Gedanken an alle die Möglichkeiten der Infection, die trotz peinlicher Reinlichkeit des Operators selbst doch vor und nach dem Eingriff bestanden hatten, und wie athmete man erleichtert auf, wenn die ersten Tage fieberlos überstanden waren! Welche Angst und Sorge empfanden damals die Aerzte, wenn bei der eigenen Frau die erste Entbindung sich etwas in die Länge gezogen hatte, wenn häufig untersucht und schliesslich operativ eingegriffen worden war!

Auch hier ist es gründlich anders geworden, wenigstens überall da geworden, wo der Arzt die Grundsätze der Asepsis selbst streng beobachtet und ausserdem ein zuverlässig geschultes Pflegepersonal zur Seite hat. Getrost sieht er dem Wochenbett entgegen, auch wenn er eingreifende Operationen unter ungünstigen äusseren Verhältnissen ausführen musste.

Wenn wir so gleich im Eingang unserer Betrachtungen unverkennbare Fortschritte nach zwei Richtungen hin constatirt haben, so erhebt sich nunmehr die Frage, ob diese Fortschritte in beiden

angedeuteten Richtungen in gleichem Maasse bestehen. Wir werden die letzten Erfolge der Anstaltspraxis zu überblicken und dann zu untersuchen haben, ob bei der Ausübung der Geburtshilfe in der Privatwohnung — der Hauspraxis — in gleichem Verhältniss wie bei jener eine Besserung früherer Zustände eingetreten ist, und wie weit auch hier dasjenige durchgeführt und durchführbar ist, was dort beobachtet wird, und was als die Bürgschaft für einen normalen Wochenbettsverlauf zur Zeit gilt.

Was sich dem Verfasser in jeder der beiden Richtungen aus der eigenen Erfahrung in der Klinik wie in der privaten Thätigkeit ergeben hat, soll im Folgenden kurz dargelegt werden. Dabei sollen einige Punkte, die trotz der gegenwärtig herrschenden Uebereinstimmung in den Grundanschauungen Gegenstand der Controverse geblieben sind, vorzugsweise Berücksichtigung finden.

A. Die Anstalten.

Die günstigen Resultate, die gegenüber den erschreckenden Mortalitätsziffern der vorantiseptischen Zeit heutzutage in den Entbindungsanstalten erzielt werden, sind nicht plötzlich, sondern im Verlauf langjähriger, mühevoller Bestrebungen ganz allmählich erreicht worden.

Ich sehe hier ganz davon ab, dass der Begründer der Reform, Semmelweis, in seiner eigenen Klinik — und wie hätte es anders sein können? — nicht die günstigsten Resultate hatte,¹⁾ und dass in den Jahren, in denen man mehr oder weniger unsicher tastend, prophylaktische Maassregeln zu beobachten bemüht war, die Mortalität nach Winckel (1869) noch 3% betrug. Nur vereinzelte der dem klinischen Unterricht gewidmeten Anstalten hatten schon damals einigermaassen befriedigende Mortalitätsziffern aufzuweisen. Aus der Zahl der letzteren soll namentlich der Münchener Gebäranstalt gedacht werden, die in den Jahren 1859—1875 nach v. Heckers²⁾

¹⁾ J. P. Semmelweis, Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers; pag. 113. Im 2. Jahre seiner Thätigkeit an der Pester Klinik starben von 551 Wöchnerinnen 16, im 3. Jahre von 449 Wöchnerinnen 18 am Kindbettfieber (34:1000!)

²⁾ C. von Hecker, Ueber den Gesundheitszustand der Wöchnerinnen in der Kreis- und Lokal-Gebäranstalt München. Vortrag. München 1877.

tabellarischer Zusammenstellung eine Gesamtmortalität von 1,76 % und eine Sterblichkeit, in Folge von „puerperalen Processen“ von 1,43 % aufwies.

Es soll vielmehr die Thatsache nochmals betont werden, dass auch noch nach der Mitte der 70er Jahre, als alle Fortschritte der antiseptischen Chirurgie und weiterhin der Bakteriologie von den Geburtshelfern eifrig verfolgt wurden, die Verhältnisse der öffentlichen Entbindungsanstalten sich durchaus nicht mit einem Schlag, sondern Schritt für Schritt günstiger gestalteten. Am klarsten und deutlichsten zeigt dies die verdienstvolle Zusammenstellung, die R. Dohrn über die Sterblichkeitsverhältnisse von 47 öffentlichen Entbindungsanstalten Deutschlands während der Jahre 1874—83 im XII. Band der Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn. veröffentlicht hat (pag. 121—142).

Dohrns Tabelle ergab, dass in dem genannten Zeitraum — man kann wohl sagen, im ersten Jahrzehnt der antiseptischen Geburtshilfe — die Anstalts-Sterblichkeit im Wochenbett 1,37 % betrug, und dass sich diese wieder je nach der Bestimmung der Anstalten nach folgenden Gruppen abstufte:

In den Anstalten ohne Unterrichtsleistung betrug sie	0,56 %
In den Hebammenlehranstalten:	1,13 %
In den Anstalten mit Unterricht von Studirenden und Hebammen:	1,42 %
In den Unterrichtsanstalten nur für Studirende	1,90 %

Das Ergebniss wird mit Recht als ein erfreuliches bezeichnet, besonders im Hinblick auf die bekannten ungünstigen Verhältnisse, mit denen die Gebäranstalten, wenn auch nicht alle in gleichem Maasse zu kämpfen haben: Das relative oder absolute Ueberwiegen der Erstgebärenden, die Gefährdung durch den Unterricht, die Belastung mit besonders schweren und complicirten Fällen und die Aufnahme ausserhalb bereits Inficirter.

Dohrn täuschte sich indessen, wenn er die Vermuthung aussprach, dass die Anstaltsmortalität für längere Zeit auf den für die Privatpraxis geltenden Procentsatz, der mit 0,6 — 0,7 % angenommen wird, nicht herabgedrückt werden würde. Denn schon in den nächsten Jahren nach Abschluss seiner Tabelle verbesserten sich die Verhältnisse in einer ganzen Reihe von Anstalten noch ganz wesentlich; und mit dem Ende der 80er Jahre und dem Beginn der 90er wurden factisch trotz aller jener belastenden Momente in

mehreren Kliniken, und zwar bei nicht unwesentlichen Differenzen in den vorbeugenden Maassregeln, Resultate erzielt, die denen der Privatpraxis zum Mindesten nicht nachstanden.

Es sei hier u. A. an München erinnert, wo die Gesamtmortalität von 1883/86 0,87 %¹⁾ und von 1887/81 nur 0,67 % betrug;

an die Würzburger Klinik, wo sie bereits 1877/87 auf 0,87 ermässigt war²⁾ und in den Jahren 1889/91³⁾ (unter 1000 Geburten) 0,5 % betrug;

- ferner daran, dass Slawjansky auf dem internationalen Congress zu Berlin berichten⁴⁾ konnte, dass in dem Lustrum von 1886—90 in den russischen Gebäranstalten eine Gesamtmortalität von 0,38 % bestand.

Die Marburger Klinik, die in Dohrns Tabelle 1,20 % Mortalität zeigte, hatte in den Jahren 1884—91 (2000 Geburten) nur noch eine solche von 0,70 %.⁵⁾

Endlich sei der Maternité St. Anne in Lille gedacht, in welcher

von 1877—81 eine Gesamtmortalität von 1,40 %

von 1882—86 " " " 0,97 %

von 1887—91 " " " 0 %

beobachtet wurde.

Dass in Lille in 4 Jahren unter 1000 Entbindungen, bei denen die hohe Ziffer von 120 geburtshülflichen Operationen notirt war, kein einziger Todesfall (allerdings eine schwere Hg = Intoxication durch die allzu ausgiebige Verwendung des Sublimat als Desinficiens) zu verzeichnen war, ist sicher als ein besonderer Glücksfall anzusehen. Immerhin bedeutet es eben doch ein Tausend Geburten ohne eine tödtliche Infection.⁶⁾

Ich will den Leser nicht durch weitere Citate ermüden. Die eben angeführten Zahlenverhältnisse erscheinen mir namentlich auch in ihren Fortschritten prägnant und mögen genügen. Nur betreffs der eigenen, Giessener, Anstalt möchte ich darthun, wie auch

¹⁾ Winckel, Lehrb. d. Geburtsh. 1889, pag. 856.

²⁾ A. Göbel, die Antisepsis in der Geburtshülfe. J.-D. Würzburg 1888.

³⁾ M. Hofmeier, Deutsche med. Wochenschr. 1891. Nr. 49.

⁴⁾ Centralbl. f. Gyn. Bericht, pag. 47.

⁵⁾ Ahlfeld, Verh. der Deutsch. Gesellsch. f. Gyn. Bd. IV. pag. 24.

⁶⁾ G. Eustache, Série de 1000 accouchements heureux à la maternité Sainte Anne de Lille. Nouv. archiv. d'obstétr. et de gynec. 1892. p. 165.

sie einen Beleg für die oben ausgesprochene Behauptung bietet. Auch hier war nach Dohrns Tabelle die Gesamt-Sterblichkeit von 1874—83 = **1,33**%, während sie in den letzten 4 Jahren (88—92) unter 931 Entbindungen nur **0,53**% betrug. Es starben überhaupt 5 Wöchnerinnen; Transferirungen, die die Zahl geringer erscheinen lassen könnten, als sie wirklich war, hatten dabei nicht stattgefunden.

Indessen die Gesamtmortalität liefert uns keinen befriedigenden Anhalt für die Beurtheilung der gegen die infectiösen Erkrankungen der Wöchnerinnen gerichteten Maassregeln, wenigstens nicht bei so kleinen Ziffern. In Uebereinstimmung mit dem Ergebniss so vieler anderer, ebenfalls dem Unterricht gewidmeter Anstalten beweist ihr Sinken immerhin unwiderleglich, dass erhebliche Fortschritte in der Prophylaxe der Anstalten seit 1883 gemacht sein müssen, da ja die übrigen Factoren (Eclampsie, Verblutungen, Tuberculosis, Vitium sordis etc.) sich im Grossen gleich geblieben sein werden.

Im Folgenden soll ein kurzer Ueberblick über die Ereignisse in der geburtshülflichen Abtheilung der Giessener Frauenklinik gegeben werden. Im Anschluss an die eigenen Erfahrungen werden sich dann am besten die Fragen der prophylaktischen und zum Theil der curativen Therapie beantworten lassen, die zur Zeit im Vordergrund des Interesse stehen.

Kommen wir hierbei nochmals eingehender auf unsere 5 letal verlaufenen Fälle zurück, so ergibt sich zunächst, dass 3 von ihnen mit puerperaler Infection überhaupt Nichts zu thun hatten, wie überdies durch die Autopsie zweifellos festgestellt wurde. Es starben:

1. eine gesunde und kräftige Wöchnerin an typischer genuiner Pneumonie während der Influenza-Epidemie (W.-S. 1889/90);
2. eine Phthisica, bei der bereits in den letzten Wochen der Schwangerschaft hektisches Fieber und tuberculöse Laryngitis bestanden hatte; sie erlag dem im Wochenbett rapide fortschreitenden tuberculösen Process;
3. eine völlig ausgeblutet in die Anstalt gebrachte Frau mit Plac. praevia; sie erlag den Folgen des Blutverlustes.

Es bleiben somit nur 2 puerperale Todesfälle, d. h. eine puerperale Mortalität von **0,21**% unter unseren 931 Entbindungen. Indessen auch von diesen 2 Wöchnerinnen ist die eine (1892 Nr. 147) sicher nicht in der Anstalt inficirt. Es war eine I para mit Pelv. plana rachitica, die nach mehrtägigem Kreissen und erfolglosen Zangen-

versuchen, nachdem bereits heftige Schüttelfröste vor der Aufnahme stattgefunden hatten, vom Arzt mit der Eisenbahn zur Anstalt gebracht wurde; hier: Verkleinerungsoperation, Uterusausspülung; trotzdem acut fortschreitende Sepsis, † 2 Tage nach Beendigung der Geburt. — Und im 5. Fall endlich handelte es sich um einen tödtlichen Ausgang einer Sectio caesarea bei einer Kreissenden, die erst 7 Stunden nach dem Wasserabfluss zur Anstalt gekommen war.

Wir können demnach mit vollem Recht sagen: da \ddot{a} ss bei den in den letzten 4 Jahren vom Geburtsbeginn an in der Klinik abgewarteten Kreissenden die pu \ddot{e} rperale Mortalität = 0 war.

Immerhin fragt es sich, ob der tödtliche Ausgang der Sectio caesarea nicht dennoch unsere Anstalts-Mortalität belastet. Denn da die Frau nicht — wie Fall 4 — fiebernd zur Klinik kam, fehlt uns hier der Anhalt für die Annahme einer bereits vor der Aufnahme erfolgten Infection. Nun wurden zwar in früheren Statistiken die Todesfälle an Sectio caesarea von vorneherein gesondert geführt, von der pu \ddot{e} rperalen Mortalität, und zwar in gleicher Rubrik mit Ruptura uteri, Eclampsie, Plac. praevia. Dieser Standpunkt kann indessen meines Erachtens heute nicht mehr festgehalten werden. Nur wo etwa der Verblutungstod bei dieser Operation eintrat, wird er wie der bei Plac. praevia gesondert registriert werden dürfen; wo aber unter fieberhaften Erscheinungen, pu \ddot{e} rperal inficirt, die durch Sectio caesarea Entbundene verstorben ist, wird sie ebenso wie jede andere inter partum artificialem Inficirte die Mortalität in Folge pu \ddot{e} rperaler Infection belasten. Nach dem Gesagten überlasse ich es der Entscheidung des Lesers, ob wir richtiger handeln, wenn wir von einer pu \ddot{e} rperalen Anstaltsmortalität von 0% oder von 0,1% sprechen, indem ich den in mancher Beziehung ungewöhnlichen Fall in seinen Einzelheiten möglichst gedrängt anführe; was mich betrifft, so bestimmen mich diese Einzelheiten, mich bei der pu \ddot{e} rperalen Mortalität von 0,1% zu bescheiden.

Maurerfrau R. aus Biskirchen, 35 Jahre alt, IV para; in der Jugend kränklich, gleichmässig allgem. verengtes Becken mittleren Grades. Erste Entbindung 1887: nach langer Wehendauer mittels schwerer Zangenoperation „von 3 Aerzten“ entbunden, hierbei starke Verletzungen der Scheide mit Blasenscheidenfistel. Letztere wird 4 Wochen p. partum in der Giessener Klinik operativ geheilt. 1889 ein Part. immaturus von 4 1/2 Monaten, 1890 Part. immaturus von

6 Monaten in hiesiger Klinik. Trotz der kümmerlichen Entwicklung der Frucht waren hierbei zahlreiche Incisionen und die Decapitation des querliegenden Fötus nöthig. So gross waren die Schwierigkeiten, welche die von der ersten Entbindung zurückgebliebene Narbenstenose der Scheide bereitete. — Als sich Frau R. 1891 wiederum als gravida vorstellte (l. M. 17. X. 91), wurde ihr klar gemacht, dass ein lebendes, kräftig entwickeltes Kind per vias naturales nicht geboren werden könnte, und dass sie sich jedenfalls zeitig wiedereinfinden sollte, um über die Frage zu entscheiden, ob die Frühgeburt mit Aussicht auf Erfolg künstlich einzuleiten wäre. Da wurde sie am 19. V. 92 Vorm. 8 Uhr vom Abfluss des sehr reichlichen Fruchtwassers überrascht. Es entwickelte sich schwache Wehenthätigkeit. Die Kreissende machte sich sofort auf den Weg nach Giessen, wo sie Nachm. 3 Uhr mit der Eisenbahn eintraf. Befund: Erhebliche, fast ringförmige Narbenstenose des untern und mittlern Drittels der Vagina, durch die nur mit Mühe 2 Finger bis zum markstückgrossen, ausserordentlich rigiden M.-M. emporgeführt werden können. Das Köpfchen der schwach entwickelten Frucht mit der Pfeilnaht im Querdurchmesser des B.-E. — Es wurden zunächst wiederholt warme Douchen gemacht, dann Jodoformgaze-
rollen eingelegt, um den Scheidencanal zu erweitern und die Wehenthätigkeit zu steigern. Dabei wurde wiederholt constatirt, dass Puls und Temp. der Mutter normal, die fötalen Herztöne unverändert waren.

Am 20. V. 92, 25 Stunden nach dem Wasserabfluss, wurde, da die Mutter ein lebendes Kind wünschte, der Narbenring aber so gut wie gar nicht nachgegeben hatte und der untere Theil des Cervicalcanals ebenfalls ungewöhnlich resistent erschien, so dass selbst die schwach entwickelte Frucht offenbar lebend nicht extrahirt werden konnte, — die conservative Sect. caes. gemacht: Bad, Desinfection der Scheide und der Bauchdecken. Der Uterusschnitt trifft die Placentarstelle. Leb. Mädchen, Entwicklung der 30.—32. Woche entsprechend. 10 tiefe Seidenknopfnähte und zahlreiche feine Seiden- und Catgut-Knopfnähte der Serosawunde. Nach Abnahme des Schlauches Compression des Uterus mit in heisses Wasser getauchten Gaze-Compressen. Geringe Blutung. Puls während und nach der Operation gut.

Verlauf bis zur Mitte des 4. Tages völlig befriedigend, Temp. bis dahin unter 38,0. Am 4. Tag aus äusseren Gründen Transport der Operirten in ein anderes Zimmer derselben Etage, da-

nach rasches Ansteigen von P. und T., Ex. letalis am 8. Tag post operationem. Bei der Section erschien das Peritoneum nicht injicirt, die Därme aufgetrieben, das Herz äusserst schlaff und anämisch. Uterus gut zurückgebildet; die Naht mit dem untern Winkel der Bauchwunde leicht verklebt, ein ganz beschränkter Eiterherd in der Umgebung eines Fadens, der aufgelöst ist. Mikroskopisch fanden sich im Endometrium Staphylococcen, bewegliche, kurze, ovale und ausserdem grössere Bacillen, keine Streptococcen. Impfversuche bei Meerschweinchen (Bericht des Herrn Dr. Dunbar) bestätigten die Verschiedenheit im Bakteriengehalt des Endometrium und des Myometrium.

Um die angegebenen Mortalitäts- und die weiter unten zu besprechenden Morbiditätsverhältnisse unserer Klinik richtig zu schätzen, ist es nothwendig bezüglich des zu Grunde liegenden Materials und seiner Verwerthung einige Angaben zu machen. Bezüglich des letzteren Punktes begnüge ich mich mit der Bemerkung, dass wir in die 3. Kategorie Dohrns gehören, dem Unterricht von Studirenden und Hebammen zu dienen haben.

Was das Material betrifft, so habe ich über einen Theil desselben, und zwar über 407 Entbindungen, die noch in den engen und ungenügenden Räumen der alten v. Ritgenschen Klinik vom 1. October 1888 bis 15. October 1890 abgewartet wurden, bereits früher gelegentlich berichtet.¹⁾ Die nachstehende Uebersicht zeigt, wie sich die wichtigeren Geburtscomplicationen sowie die ausgeführten geburtshülflichen Operationen auf die beiden Hälften des hier berücksichtigten Quadriennium vertheilen:

	1888—90.	1890—92.
Gesammtziffer	407	524
Hiervon	213 Ip. 194 Plurip.	257 Ip. 267 Plur.
Es wurden beobachtet Gemelli	10	7
Vorderhauptslagen	6	5
Gesichtslagen	4	5
Beckenendlagen	8	15
Schief- und Querlagen	7	5
Plac. praevia	2	7
Eclampsie	6	2
Nabelschnurvorfall	6	4

¹⁾ H. Löhlein, Die Frauenklinik einer kleinen Universität. Rede. Deutsche med. Wochenschr. 1890. No. 51.

Seltenere Geburtscomplicationen: Carcinoma recti, Carcinoma colli ut., Vaginismus, Fibromyomata, Hydrocephalus, Rigidität des M.-M., Missbildung je 1 mal, beträchtliche Narbenstenose der weichen Geburtswege 2 mal, Hydramnion 10 mal; eine relativ grosse Zahl hochgradig enger Becken, darunter 3 osteomalacische.

Von grösseren Operationen wurden ausgeführt:

	1888—90	1890—92
Sect. caesar. cons.	2 mal	3 mal
Sect. caesar. nach Porro	1 „	1 „
Verkleinerungsoperation	2 „	5 „
Künstliche Frühgeburt	7 „	12 „
Künstl. Abort.	2 „	2 „
Wendung und Extraction	7 „	14 „
Extraction am Beckenende (einschliesslich der einfachen Arm-lösung und Entwicklung des nachfolg. Kopfes)	4 „	12 „
Forceps	18 „	28 „
Lösung der adhärennten Placenta	2 „	3 „
Summa	45 mal	80 mal

Die angeführten Zahlen sollen — und können bei ihrer Kleinheit — nur beweisen, dass unsere Klinik relativ reich an ernstlich complicirten Geburten ist. Namentlich zur Besprechung der höheren Grade von Beckenenge und ihres Einflusses auf die Geburt bietet das Material dem Kliniker häufige und mannigfaltige Gelegenheit. Es geht dies schon aus der Zahl der Kaiserschnitte hervor, von denen allerdings 2 bei derselben Frau (L.) und 2 andere nicht sowohl wegen der vorliegenden Beckenenge als wegen der ausserdem vorhandenen aussergewöhnlichen narbigen Verengerung der Scheide (beidemal vorausgegangene Blasenscheidenfisteloperationen) ausgeführt wurden. Nicht weniger spricht hierfür die Zahl der künstlichen Frühgeburten (19), von denen nur 4 aus anderen Indicationen als pelvischen eingeleitet wurden.

Was die Zangenapplicationen betrifft, so muss zugegeben werden, dass etwa ein Drittel mehr durch das Bedürfniss der Demonstration und des klinischen Unterrichts als durch zwingende Indication veranlasst war. Wo dies der Fall war, wurde es in der Klinik natürlich ausdrücklich hervorgehoben.

Streng genommen dürften gerade bei der Charakterisirung des Materials zur besseren Beurtheilung der Morbiditätsverhältnisse die Fälle nicht ausgelassen werden, wo Theile der Eihäute im Uterus zurückblieben und der spontanen Ausstossung überlassen oder auch manuell entfernt wurden, sowie auch alle Dammverletzungen und Dammnähte. Bezüglich der ersteren sei nun im Allgemeinen bemerkt, dass es bei uns als Regel galt, beim Fehlen einer beträchtlicheren Eihautpartie die manuelle Entfernung gleich im Anschluss an die Geburt vorzunehmen, dass bei geringeren Choriondefecten dagegen nur dann die Entfernung erfolgte, wenn die zurückgebliebenen Reste aus dem Cervix in die Scheide herabhingen. War dies nicht der Fall, so wurde die spontane Ausstossung abgewartet, die fast immer ohne weitere Nachhülfe — abgesehen von hie und da nöthigen Irrigationen — erfolgte. Was die Damm- und Scheidenrisse betrifft, so kamen tiefe, den Sphincter mitzerstörende überhaupt nicht vor, sondern nur solche 1. und 2. Grades. Sie wurden ausnahmslos und mit gutem Erfolg mittels Catgut-Knopfnähten oder — besonders auch die Scheidenrisse — mit fortlaufender Catgutnaht vereinigt.

Um die Morbidität zu berechnen, wurde sowohl in dem früheren Bericht über die Jahre 1888/90 als in dem hier im Detail zu erstattenden über 1890/92 nach dem von der Mehrzahl der Autoren beobachteten Grundsatz 38,0 als obere Grenze der physiologischen Wochenbetttemperatur angesehen. Ausgeschlossen wurden bei der Berechnung, weil ihre Erkrankung mit dem puerperalen Zustand durchaus nichts zu thun hatte, 1.) 3 Phthisicae, bei denen Tuberculin-injectionen vor und nach der Entbindung gemacht wurden, und die zu deren weiterer Ausführung am Anfang der 2. Wochenbettswoche zur innern Klinik zurückverlegt wurden, und eine schon in der letzten Zeit der Schwangerschaft an Gastero-enteritis Erkrankte, die noch in den ersten Wochenbettstagen an den Erscheinungen dieser Krankheit litt; 2.) 3 Frauen, die nur inter partum, nicht in puerperio Temperaturerhöhungen gehabt hatten; 3.) 3 Frauen, die fiebernd in die Anstalt gebracht worden waren.

Es reducirte sich hierdurch die Zahl der verwendbaren Fälle um 10, und es blieben demnach aus der Zeit vom 1. Oct. 1890 bis 1. Oct. 1892 514 Wöchnerinnen. Von diesen erkrankten

a) innerhalb der ersten Woche post partum: 43; und zwar hatte die Hälfte von ihnen nur 1mal 38,0 überschritten (22). Von diesen nur ganz schwach und vorübergehend Fiebernden waren

2 durch Forceps, 1 durch die Wendung bei Plac. praevia entbunden, 2 mal war der Damm genäht, je 1 mal die Placenta oder ein Eihautrest entfernt worden. — Auch unter der anderen Hälfte befanden sich nur 2, die schwerer erkrankten, während unter den übrigen 19 nur 2 Wöchnerinnen 39,0 überschritten, und auch diese nur an einem Abend, obgleich unter diesen 19 Wöchnerinnen 1 durch Sect. caesar., 1 durch Verkleinerungsoperation, 3 durch Forceps und 2 durch Wendung (Plac. praevia, plattes Becken) entbunden und 3 mal Nachgeburtsoperationen gemacht werden mussten. Unter den 2 schwerer Erkrankten befindet sich die nach Sectio caesarea verstorbene Frau R. und eine vom 5.—15. Tag (bis 39,6) fiebernde Parametrica.

b) erst nach Ablauf der ersten Woche: 4. Von diesen 2 ganz vorübergehend: die Eine, nachdem sie 9 Tage völlig fieberfrei war, nur am 10. Tag fiebernd, die Andere, nachdem sie 11 Tage normal gewesen war, vom 11.—13. Tage fiebernd. Von den beiden ernster Erkrankten handelte es sich in dem einen Fall um Erysipel am rechten Oberschenkel, das am 10. Tage auftrat. Die betr. III para, die von einem Fötus sanguinolentus entbunden war, hatte auch in ihrer zweiten Schwangerschaft bereits Erysipelas in der hiesigen Klinik überstanden. — Der andere Fall bietet ein typisches Beispiel von Spätfieber (in Folge von Parametritis) ohne jeglichen Anhalt für die Annahme einer Ausseninfection: E. Sch. (1891. I. N. 184) kräftige II para, von einem 3850 gr. schw. l. M. am 7. IX. 91 ohne Kunsthülfe entbunden, war völlig gesund bis zum Vormittag des 9. Wochenbettstages (Maxim.: 37,7 und 94). An diesem Tag, nach wiederholtem Treppensteigen, Schüttelfrost; Fieber, das in wiederholten Nachschüben vom 15. September bis zum 18. October andauerte; geringer localer Befund einer Para- und Perimetritis sin. post. Später deutliche Retraction des Cervix nach links hinten.

c) Endlich litten an Mastitis 5, von diesen 4 ebenfalls erst nach dem 7. Tag und zwar nur wenige (1—3) Tage mit Fiebertemperaturen. Die 5te, eine III para, zeigte nur am 6. Tag 38,6. Diese gab an, dass sie jedes Mal im Wochenbett einen Tag lang grosse Schmerzhaftigkeit der Brüste und mässiges Fieber gehabt habe. Für das zweite Wochenbett, das ebenfalls in der Klinik (1889) abgewartet war, stellte sich in der That heraus, dass sie am 7. Tag Temperaturerhöhung gehabt hatte, für das erste konnte

der Nachweis nicht erbracht werden. (conf. H. Löhlein in Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Band IV. p. 258.)

Addiren wir nun alle 3 Gruppen (a, b, c), so ergibt sich somit, dass in den beiden letzten Jahren nur in 52 (= 10,1%) der in der Anstalt abgewarteten Wochenbetten Temperaturerhöhungen beobachtet sind, die mit den Wochenbettsvorgängen in Verbindung standen. Fast die Hälfte von ihnen (22 + 1 Mastitis) — 44 % — waren auf 1 Tag beschränkt.

Bestimmen wir aber die puërperale Morbidität im engeren Sinne so, dass wir nur diejenigen Wochenbetten rechnen, in denen innerhalb der ersten 7 Tage nach der Entbindung 38,0 überschritten wurde, die anderen aber als Spätfieber (nach Ahlfeld¹⁾) gesondert betrachten, so sinkt die Zahl unserer im Wochenbett Fiebernden auf 43, d. h. = 8,36 %.

Es gilt nunmehr die gefundenen Ziffern mit den an anderen Anstalten erhobenen zu vergleichen, wobei wir indessen nicht vergessen dürfen, dass allen diesen Häufigkeitsverhältnissen und ihrer Gegenüberstellung nur ein sehr beschränkter Werth beizumessen ist. Man denke nur an die Willkür, die in der Bestimmung der Grenze durch die Temperatur von 38,0 an sich schon zu Tage tritt, an die bald grössere, bald geringere Exactheit, die bei der verschiedenen Schulung des Personals und dem wechselnden Grad von Interesse, den die jeweiligen Assistenten der Frage zuwenden, bei den Feststellungen angenommen werden muss, und endlich an die Unsicherheit in der Thermometrie, die auch bei häufiger Controlle der Thermometer bis zu einem gewissen Grad überall unvermeidlich ist.

Wenn von der Dohrn'schen Liste über die Mortalitätsverhältnisse der Anstalten nach Einführung der Antisepsis gesagt werden konnte, dass sie den ganz allgemein beobachteten Fortschritt überzeugend nachweist, so werden die verbesserten Morbiditätsverhältnisse klar und anschaulich durch Ahlfeld's Tabelle über die von 1868—1887 in Marburg erzielten Resultate demonstriert:

1868	fieberten	71,8 %	der	Entbundenen
1881	"	54,3 %	"	"
1887	"	29,1 %	"	"

¹⁾ Berichte und Arbeiten. III. Theil p. 122/123 und Centralbl. f. Gyn. 1888, No. 46. Die Erfolge der Antiseptik in der Geburtshülfe.

In Uebereinstimmung mit der zuletzt angeführten Ziffer kommt auf Grund einer kleinen Zusammenstellung von Morbiditätsstatistiken einiger Anstalten Ahlfeld 1888 zu dem Ergebniss, dass es in unseren dem Unterricht gewidmeten Anstalten gelingt, von 100 entbundenen Frauen ungefähr 70 % so fieberlos zu halten, dass dieselben kein Mal im Wochenbett eine Steigerung über 38,0° aufzuweisen haben.

Wie aber seit der Ábfassung der Dohrn'schen Zusammenstellung (1884) die Mortalitätsverhältnisse, so sehen wir in ganz analoger Weise mit und nach der Zusammenstellung Ahlfelds (im Jahre 1888) die Morbiditätsverhältnisse der Anstalten weitere, selbst kühne Hoffnungen übertreffende Fortschritte machen.

Nachdem in demselben Jahre 1888 Torggler¹⁾ aus Schauta's Klinik die fast verblüffend hohe Ziffer von 93,1 % völlig fieberfreier Wochenbetten hatte berichten können, lesen wir in den nun folgenden 3 Jahren ähnlich günstige Berichte u. A. aus der Würzburger Klinik, wo in der Zeit von 1889—91²⁾, bei 1000 Wöchnerinnen, alles mit eingerechnet nur 8,5 % Erkrankungsfälle verzeichnet wurden. Ferner aus der Erlanger Klinik, wo Frommel³⁾ von 1887—90 die Morbidität zwischen 5½ % und 7½ % schwanken sah; aus der Dresdener Klinik, wo Leopold im Jahre 1889/90 „von 1123 Entbundenen 1014 (= 90,29 %) das Wochenbett ohne Wärmesteigerung über 38° C. durchmachen sah“. Endlich aus dem allerdings nicht zu Unterrichtszwecken dienenden Mannheimer Gebärsasyl, wo Mermann⁴⁾ im Jahre 1888 6 % und im folgenden Jahr nur 5½ % Fiebernde zu verzeichnen hatte.

Die oben angeführten Erkrankungsziffern aus der Giessener Klinik beweisen, dass wir mit den anderwärts erzielten Resultaten Schritt zu halten bemüht waren, und dass wir hinter den besonders angestaunten Anstaltsstatistiken nicht allzuweit zurückgeblieben sind, zumal wenn man das erschwerende Moment nicht unberücksichtigt lässt, das sich aus den oben aufgezählten Geburtscomplicationen und der Zahl der grösseren geburtsh. Operationen ergibt.

1) Torggler, Bericht über die Thätigkeit der geburtsh.-gynäkol. Klinik zu Innsbruck. Prag, 1888.

2) M. Hofmeier, Zur Prophylaxe der Wochenbettserkrankungen. Deutsch. med. Wochenschr. 1891, No. 49.

3) M. Frommel, Deutsche med. Wochenschr. 1892, No. 10.

4) Centralbl. f. Gynäc. 1890, p. 323.

Als Beweis, dass wir redlich bemüht waren, die Grundsätze der Asepsis durchzuführen, mag — abgesehen von der berichteten Gesamtmorbidität — noch die spezielle Thatsache dienen, dass keine von den 12 künstlichen Frühgeburten der letzten 2 Jahre, obgleich sie sich sämmtlich durch mehrere (bis 7) Tage hinzogen, auch nur vorübergehende Temperatursteigerung im Wochenbett im Gefolge hatte.

Wir kommen nunmehr zur Vergleichung der oben mitgetheilten Resultate aus 1890—92 mit den früher (l. c.) veröffentlichten aus 1888—90. Bei etwa gleichem Verhältniss der complicirten Geburten und bei einer relativ kleineren Zahl operativ beendigter Fälle konnte 1888—90 über 14,2 % Gesamtmorbidität und eine puerperale Morbidität im engern Sinne von 11,3 % berichtet werden, denen nach den obigen Ausführungen 10,1 %, respective 8,36 % in den Jahren 1890/92 entsprechen. — Lassen sich diese Differenzen zu Schlussfolgerungen bezüglich der in der Anstalt beobachteten prophylaktischen Grundsätze verwerthen?

Die 407 Geburten der ersten Gruppe sind in den sehr beengten und verwohnten Räumlichkeiten der alten, die 524 der zweiten in den weiten, lichten Sälen der neuen Frauenklinik abgewartet worden. Bei der ersten Gruppe sind fast durchweg Sublimataspülungen und Auswaschungen des Geburtskanals, bei der zweiten nur in ausgewählten Fällen (bei inficirt Hereingebrachten, bei gonorrhöisch Erkrankten, vor der Einführung der Hand und der Instrumente in die Gebärmutterhöhle) Carbolirrigationen und Auswaschungen vorgenommen worden. Dagegen war die Art der subjectiven Desinfection bei beiden Gruppen die gleiche, ebenso die aseptische Vorbereitung der Kreissenden durch warmes Bad, Abseifung und Sublimatdesinfection (1:1000) der äusseren Genitalien und ihrer weiteren Umgebung. Hat man nun ein Recht, die geringere Zahl der Fieberbewegungen auf die neue Lokalität zurückzuführen, oder muss sie vielmehr der Aenderung in den Vorbeugungsmaassregeln zugeschrieben werden? Oder haben vielleicht beide Umstände zur Besserung des Gesundheitszustandes beigetragen?

Ich schicke voraus, dass ich mir sehr wohl bewusst bin, wie meine Ziffern weit grössere sein müssten, um für sich bindende Schlüsse bezüglich der wichtigen Punkte, um die es sich handelt, zu gestatten, und wie anderseits jene ganze Feststellung der Morbidität lediglich durch die Temperaturmessung in der Achselhöhle

so zahlreiche Fehlerquellen einschliesst, dass man sich hüten soll, nicht eben erhebliche Verschiedenheiten in den erzielten Resultaten zu Schlussfolgerungen zu benutzen. Dies um so mehr als wir ja gesehen haben, dass hier wie anderwärts nahezu die Hälfte der zur Berechnung kommenden Fälle nur einmalige und geringe Ueberschreitungen von 38,0 darstellten.

Dem neuen Klinikbau nun kann ich einen wesentlichen Antheil an der Besserung nicht beimessen. Die hellen Corridore, die geräumigen Säle sind ja gewiss in Bezug auf die Durchführung allgemeinhygienischer Massregeln und, — wenn wir an dieser Stelle von der gynäkologischen Abtheilung absehen, — namentlich auch für die Unterbringung und Wartung unserer Schwangeren ein grosser Fortschritt; einen directen Einfluss auf den Ablauf der puerperalen Vorgänge haben sie indessen nicht. Die Möglichkeit, Fiebernde zu isoliren, hatten wir, wenngleich in beschränkterem Masse auch früher, wir haben aber jetzt wie früher nur in den wenigen ernsteren Fällen, die ja noch dazu zumeist Spätinfectionen waren, dagegen nicht in der grossen Mehrzahl der 1—2 tägigen Temperatursteigerungen, und zwar aus naheliegenden Gründen, Gebrauch von ihr gemacht. —

Collegen, die selbst in der Lage gewesen waren, Neubauten zu beziehen, hatten mich vorbereitet, dass die ersten Monate kaum ohne ernste, nicht recht erklärbare Opfer in Bezug auf Mortalität und Morbidität ablaufen würden. Diese Opfer sind uns nun allerdings nicht auferlegt worden, dagegen bestanden in diesen ersten beiden Jahren mehrmals unangenehme Störungen in der Wasserversorgung, vorübergehende in der Centralheizung und der gemeinsamen Küche, die immerhin die Pflege zunächst etwas erschwerten. — Alles in Allem scheint mir der Umzug in den Neubau ohne nennenswerthen Einfluss auf die Morbidität unserer Wöchnerinnen gewesen zu sein. —

Wir sind demnach vor die Frage gestellt, ob wir die Besserung der Einschränkung der vaginalen Desinfection zuzuschreiben haben, ob sich mithin dasselbe bei uns vollzogen hat, was in der Dresdener Klinik beobachtet wurde, wo ja auch mit dem Aufgeben der „innern Desinfection“ 11,79% mehr fieberfreie Wochenbetten als vorher constatirt wurden, — dem von Szabo und Mermann so nachdrücklich ihre günstigen Erfolge zuschreiben, und dem doch wiederum die Resultate einer ganzen Reihe angesehenen Anstaltsdirectoren entgegenstehen?

Aus der Zahl der Letzteren seien hier nur Hofmeier und Frommel genannt, — Hofmeier wegen der ausserordentlich günstigen Erkrankungsziffer trotz ungewöhnlich reichlicher Ausnützung des Materials für den klinischen Unterricht, und Frommel wegen der ernststen Mahnung zur Vorsicht, welche die von ihm mitgetheilten einschlägigen Beobachtungen (l. c.) aus der Erlanger Klinik predigen. Die einfache Thatsache, dass in der Erlanger Klinik, in der etwa zu derselben Zeit wie in Giessen (Herbst 1890) die innere Desinfection nicht mehr allgemein ausgeführt wurde, nach anfangs guten Morbiditätsverhältnissen, in der Zeit vom Mai bis zum Dezember 1891 drei rapid zum Tode führende septische Wochenbettfieber vorkamen, war für mich und wohl auch sonst für manchen Leiter einer geburtshülflichen Klinik ein sehr ernstes Memento! Für Frommel war sie mehr; für ihn wurde durch jene betrübenden Erfahrungen die Frage, ob in einer geburtshülflichen Klinik die prophylaktische Desinfection des Geburtskanals, wie sie auch in Giessen bis 1890 geübt wurde, nothwendig ist oder nicht, durchaus in bejahendem Sinne entschieden.

Es fragt sich indessen, ob jene 3 Todesfälle dieselbe Beweiskraft, die sie für den unmittelbaren Beobachter hatten, auch im Allgemeinen beanspruchen können. Meines Erachtens würde hierfür, d. h. um eine jede Möglichkeit einer anderen als autochthoner septischer Infection bei jenen Wöchnerinnen auszuschliessen, eine so genaue Kenntniss aller Einzelheiten nöthig sein, wie sie auch durch die ausführlichste Beschreibung kaum vermittelt werden kann. Frommel hat sich daher darauf beschränkt, die Thatsachen so knapp als möglich zu berichten. So lange aber für den Fernerstehenden nicht jede Möglichkeit, dass doch aus einer oder aus verschiedenen Quellen ein Import der Krankheitserreger stattgefunden habe, völlig ausgeschlossen ist, wird er auch anstehen, dem mitgetheilten Factum die bindende Beweiskraft zuzuerkennen.

Nicht als ob ich den Werth der klinischen Ergebnisse für die Entscheidung der vorliegenden wichtigen Frage überhaupt anzweifelte. Im Gegentheil, ich glaube, dass nur durch die Klinik diese Frage und mit ihr die der Selbstinfection zum endlichen Austrag kommt. Die Klinik ist in diesen Dingen unbestritten die höchste richterliche Instanz, für deren eigene Nachforschung und schliessliche Entscheidung die durch die Section, die bakteriologische Untersuchung und das Thierexperiment gewonnenen Thatsachen die

wissenschaftliche Grundlage und Vorarbeit bilden. Aber ich halte die Zeit für noch nicht gekommen, um an jene letzte Instanz zu appelliren.

Gerade weil die von Winter, Steffleck, Döderlein u. A. erhobenen bakteriologischen Befunde und die Resultate des Thier-experiments mit den klinischen Thatsachen zum Theil in Widerspruch stehen, müssen die letzteren auf grösseren Zahlenreihen und längerer Beobachtungsdauer fussen, als es zur Zeit der Fall ist, wenn anders man durch sie so ungemein wichtige Einzelfragen beantwortet haben will, wie die Frage: ob die pathogenen Mikroorganismen, die auch im Genitaleanal der gesunden Hochschwangeren nachgewiesen sind, und deren pathogene Wirkung im Thierexperiment Steffleck nachgewiesen hat, nicht bei der Neuentbundenen virulente Eigenschaften zeigen und den Verlauf des Wochenbettes ernstlich gefährden können.

Von diesem Standpunkt aus kann ich die oben mitgetheilten Erfahrungen den anderwärts gemachten nur als einen kleinen Beitrag einreihen, aber nicht entfernt daran denken, bestimmte Schlüsse aus ihnen zu ziehen. Ich habe, für wie beachtenswerth ich auch die Frommel'sche Warnung hielt und halte, doch bis jetzt die Grundsätze nicht geändert, bei deren Einhaltung unsere Resultate sich gebessert haben, aber ich und meine Assistenten leben fortwährend auf dem „Qui vive?“, in jedem einzelnen Fall prüfend, ob ein Grund für die Annahme von virulenten Spaltpilzen auf der Genitalschleimhaut vorliegt, und ob demnach eine innere Desinfection durch einmaliges oder bei protrahirten Geburten durch wiederholtes, sorgfältiges und dabei schonendes Auswaschen und Ausreiben der Scheide mit in (1:2000) Sublimatlösung getränkter Watte, mit der der Zeigefinger umwickelt wird, angezeigt ist, — oder ob wir eine Entbindung vor uns haben, bei der pathogene Keime zu vermuthen kein Grund vorliegt, — eine einfache „Hebammenentbindung“, wie sie nicht eben sehr bezeichnend Leopold nennt. Wir üben dann die innere Desinfection aus 1. wenn schon in der Schwangerschaft eiteriger Fluor bestand oder gonorrhoeische Infection bestimmt nachgewiesen ist; 2. wenn innere Untersuchungen oder gar Entbindungsversuche bereits vor der Aufnahme in die Klinik stattgefunden hatten; 3. wenn die Kreissende fiebernd auf den Gebärsaal kam, bei Zersetzung des Fruchtwassers und bei Gasentwicklung inter partum; 4. überall, wo die Möglichkeit vorliegt, dass durch die Hand oder Instrumente des Geburtshelfers aus der

Scheide und dem Cervicalcanal Krankheitskeime in das Cavum corporis ut. eingeführt werden, daher auch regelmässig beim Part. arte praematurus wegen der in den Uterus einzulegenden Bougies.

Zuzugeben ist, dass diesem eklektischen Standpunkt gegenüber die allgemein durchgeführte innere Desinfection nicht allein berechtigt, sondern empfehlenswerther erscheint in Kliniken, deren Pfleglinge in so aussergewöhnlichem Masse für die Untersuchungsübungen verwerthet werden müssen, wie dies in Würzburg der Fall ist, wo in dem Zeitraum von 1889—91 eine doppelt so grosse Zahl von Hebammenschülerinnen und eine mehr als 6mal so grosse Zahl von Praktikanten unterwiesen und von Examenscandidaten geprüft werden musste als hier in Giessen. Ich denke aber, dass trotzdem die Zukunft — auch in den Kliniken — dem eklektischen Verfahren gehört, und zwar von dem Zeitpunkt an gehört, wo wir die Trennung der beiden Gruppen nach bestimmten semiotischen Zeichen sicher durchführen können. (Vergl. Döderlein in Arch. f. Gyn. Bd. 40, pag. 306.

Die Analogie mit anderen in der ersten Zeit der geburtshülflichen Antisepsis für die klinische Prophylaxe allgemein geforderten rigorosen Massregeln legt diese Annahme nahe. Man erinnere sich nur daran, dass vor 15 Jahren die prophylaktische Uterusausspülung mit 5%iger Carbollösung bei jeder Neuentbundenen für die Klinik allgemein empfohlen wurde (Schülein), und dass man einigermaßen als Reactionär betrachtet wurde, wenn man — wie ich¹⁾ — gegen die Verallgemeinerung der Massregel schüchterne Einwendungen erhob.

Sollen wir neben der facultativ — in einem Fünftel, zeitweise wohl auch in einem Viertel der Fälle — geübten inneren Desinfection der in der Giessener Klinik allgemein durchgeführten prophylaktischen Massregeln im Folgenden kurz Erwähnung thun, so ergiebt ihre Vergleichung mit den anderwärts getroffenen Vorkehrungen, über deren Differenzen nach Umfrage an den einzelnen Kliniken Madlener²⁾ jüngst berichtet hat, ihre Einfachheit:

Die Schwangeren erhalten gleich bei der Aufnahme in's Haus ein Reinigungsbad und ebenso beim Wehenbeginn. Das mit Gas-

¹⁾ conf. Berl. Klin. Wochenschr. 1878, pag. 25.

²⁾ Die puérperalen Todesfälle der Münchener Frauenklinik. München, 1892, p. 20.

ofen versehene Badezimmer, das an den Gebärsaal stösst, gestattet eine so schnelle Herstellung des Bades für die Kreissende, dass nur ganz selten hierauf verzichtet werden muss. Im unmittelbaren Anschluss an das Bad gründliche Seifenreinigung der äussern Genitalien und des Introitus, des ganzen Hypogastrium, und der obern Partie der Oberschenkel. Danach Sublimatdesinfection der genannten Theile durch Abreiben mit in Sublimat (1:2000) getränkten Jute- und Wattehäuschchen, ohne Anwendung von Bürsten, 2 bis 3 Minuten lang. Keine „präliminare Scheidendouche“ ausser in den oben genannten Ausnahmefällen, in denen aber eben die Scheide nicht nur einfach irrigirt, sondern ausgewaschen und ausgerieben wird. — Ich übergehe die allgemein gültigen Vorschriften der subjectiven Desinfection, indem ich nur bemerke, dass wir für gewöhnlich mit der Sublimatdesinfection uns begnügen, ausnahmsweise aber auch auf dem Gebärsaal die Fürbringerschen Vorschriften vollständig durchführen, namentlich wenn das Personal durch reichliche gynäkologische Thätigkeit „septisch“ erschien; ausserdem natürlich vor dem Kaiserschnitt u. A. Obgleich ich von der Durchführbarkeit einer völligen Desinfection der Hände, die mit septischem Material zu thun hatten, mich genügend überzeugt habe, halte ich aus disciplinaren Gründen an der Vorschrift fest, dass der Praktikant innerhalb der letzten 24 Stunden vor Uebernahme einer Geburt pathologisch-anatomisch oder im Operationscursus an der Leiche u. ä. nicht thätig gewesen sein darf.

Während des Geburtsactes selbst erfolgt der Dammschutz Seitens des Praktikanten gewöhnlich bei Seitenlage der Kreissenden vom Hinterdamm aus. Hierbei wird über den ganzen Damm gewöhnlich eine Lage mit Sublimatlösung getränkter Watte gelegt und durch diese schützende Decke hindurch der Austritt unterstützt. Es wird dadurch unmöglich gemacht, dass vom hintern Ende der Rima her entwicklungsfähige Keime in den Introitus eindringen oder durch den Handgriff hineingepresst werden, und es wird die Hand des Geburtshelfers, die während der Manipulationen gar zu leicht mit Darminhalt verunreinigt und erneuter Desinfection bedürftig wird, hervor geschützt und bleibt deshalb verwendbar. Nachtheile, namentlich ein Spröder- und Zerreisslicherwerden der Dammpartie, habe ich nie von dieser Sauberkeitsvorschrift entstehen sehen.

Bezüglich der örtlichen Behandlung fieberhafter erkrankter Wöchnerinnen galt der Grundsatz, dass, wenn die Steigerung

der Temperatur 38,5 nicht überschritt und nur vorübergehend bestand, eine solche ebensowenig wie bei gesunden Wöchnerinnen stattfand. Bei diesen wurde jedesmal nach dem Gebrauch der Bettschüssel eine Bespülung der äussern Genitalien gemacht und dann frische Gaze (eine Zeit lang Jute) nicht zwischen, sondern vor dieselben gelegt um das abfliessende Lochialsecret aufzunehmen und öfter zu entfernen. War bei vorübergehender Temperatursteigerung oder auch ohne solche der Wochenfluss übelriechend, oder waren bei der Entbindung mässige Defecte der Eihäute bemerkt worden, so wurden einfache Scheidenirrigationen mit 2½%iger Carbollösung, und zwar im letzteren Fall mit einer während der Irrigation schonend ausgeführten Digitalexploration der Scheide auf Eihautstücke oder Gerinsel vorgenommen. Die Einführung der Specula wurde in dieser Zeit vermieden.

Erhob sich die Temperatur in den ersten Tagen über 38,5 mit entsprechendem Ansteigen des Pulses, so wurde nach vorausgeschickter Scheidenirrigation eine oder einige Uterusirrigationen mit 3% Carbollösung unter den bekannten Cautelen vorgenommen. Dies ist in den letzten 2 Jahren im Ganzen etwa 6—7 mal, und zwar immer mit befriedigendem Erfolg und ohne unangenehme Nebenerscheinungen geschehen. — An Stelle des bei der Mehrzahl unserer Wöchnerinnen aufgelegten Priessnitz-Umschlags wurde in diesen Fällen für einen oder mehrere Tage die Eisblase applicirt.

Isolirungen fiebernder Wöchnerinnen fanden nur ausnahmsweise statt, da ja nur bei einer verschwindend kleinen Zahl die Fieberbewegung erheblich war (s. o.). Wäre nach der Schablone jede Wöchnerin, die über 38° zeigte, sofort als „inficirt“ von der Wochenstation entfernt und auf die Isolirzimmer zu dem „septischen Assistenten“ transferirt worden, so wäre den Meisten hiermit gewiss mehr geschadet als genützt worden. So beschränkte sich die Isolirung darauf, dass die Fiebernde einer Wärterin oder einer Schülerin zur ausschliesslichen Abwartung zugewiesen wurde. — Damit war eine Gefährdung ihrer Nachbarschaft so gut wie ausgeschlossen, zumal jede Wöchnerin die bei ihr gebrauchten Utensilien (eigenes Irrigator-Ansatzrohr, eigene Bettchüssel, Thermometer etc.) neben sich auf ihrem Bettisch liegen hat.

B. Die Hauspraxis.

Während die fortschreitende Besserung in den Gesundheitsverhältnissen der Entbindungsanstalten über jeden Zweifel erhaben ist, gehen die Ansichten darüber weit auseinander, ob auch in der häuslichen Geburtshilfe und Wochenpflege die Prophylaxe des Wochenbettfiebers mit Erfolg durchgeführt wird.

Eine Fülle von vorbeugenden Verordnungen ist Seitens der Staats- und der communalen Behörden erlassen worden, — seit anderthalb Jahrzehnten sind Aerzte und Hebammen mit der dringlichsten Ermahnung und sicher auch mit dem festen Vorsatz, nach antiseptischen, resp. aseptischen Grundsätzen die Geburten abzuwarten, aus der Klinik in die Praxis gegangen, — der Stand der Hebammen hat theils durch eigene Kraft, theils mit Hülfe der Behörden und der Aerzte unverkennbare Fortschritte gemacht, — endlich ist ein nicht geringer Theil des Publikums, nicht etwa nur der sog. gebildeten Klassen, durch populärwissenschaftliche Abhandlungen, durch gerichtlich gewordene Einzelfälle u. s. w. längst darüber im Klaren, dass die schweren Erkrankungen im Wochenbett zum grössten Theil durch das behandelnde Personal verursacht sind, und erleichtert daher dem letztern die Beobachtung grösster Sauberkeit bei der Geburt, — und trotzdem sollte ein günstiger Einfluss dieser ganzen Bewegung auf die Morbidität und namentlich die Mortalität der Privatwöchnerinnen bis jetzt nicht vorhanden sein? Das ist a priori ganz gewiss unwahrscheinlich, wenn auch der Gegensatz zwischen Sonst und Jetzt hier gewiss nicht so scharf zu Tage treten kann wie bei der Anstaltspflege. Diese ist ja eben, wie wir oben sahen, erst nach langen Jahren der Reform bei derjenigen Mortalitätsziffer angelangt, die sich aus den grossen Zusammenstellungen über den Tod im Kindbett ergibt, welche der Landesstatistik verschiedener Länder entnommen sind.

Die letztere lehrt, dass in einer Anzahl deutscher Bundesstaaten (Baden, Preussen, Württemberg) die Gesamtsterblichkeit im Wochenbett 6—8 auf 1000 Geburten beträgt¹⁾. Am bekanntesten und in den letzten Jahren am meisten besprochen sind die Zahlen, die wir in Bezug auf Preussen und Berlin durch Böhr und Ehlers besitzten, wenn auch gerade die das Land betreffenden Zahlen Preussens

¹⁾ Vergl. Fehling, *Physiol. u. Pathol. d. Wochenbetts*, p. 62, 63.

weniger gut fundirt erscheinen als die des Grossherzogthums Baden, die von dem Physikus nach den Leichenscheinen zusammengestellt wird¹⁾. Aber die von den genannten Autoren für Preussen gefundenen Zahlen haben nichtsdestoweniger einen unbestreitbaren relativen Werth trotz der Mängel, die ihnen anhaften, und die namentlich von Ehlers mit aller Schärfe und Offenheit dargelegt sind.

Da mir s. Z. die Ehre vergönnt war, gleichzeitig mit Böhr der Berliner Puërpalfieber-Commission anzugehören, die im Dezember 1877 die bekannte von Schröder abgefasste Denkschrift dem Preussischen Cultusministerium einreichte, da ich vielfach Zeuge der begeisterten Hingabe war, mit der Böhr sich jenen mühevollen Arbeiten unterzog, deren Resultate zum Theil in seiner Abhandlung über „die Häufigkeit des Todes im Kindbett in Preussen während der Jahre 1815—75²⁾“ niedergelegt sind, und da ich endlich mehrfach über einzelne Punkte persönlich mit ihm die Meinung austauschte, — war der Wunsch schon zeitig rege in mir, gerade an den Preussischen und speciell an den Berliner Zahlen zu sehen, ob und wieviel durch die Einführung der Antisepsis an dem wenig befriedigenden Ergebniss der früheren (Böhrschen) Nachforschungen bezüglich des Todes im Kindbett wohl gebessert sein möchte. Ehlers³⁾ hat sich dann — ich darf wohl sagen, durch mich angeregt — im Jahre 1887 der mühevollen Arbeit unterzogen, nicht nur durch einfache Zusammenstellung der Ziffern des statistischen Bureaus, sondern durch Prüfung der Todtenscheine (gegen 95 000 Stück) und in zweifelhaften Fällen durch persönliches Nachfragen die einschlägigen Verhältnisse für Berlin festzustellen, ausserdem aber auch diejenige von Preussen für die Zeit von 1876—1887 zum Vergleich mit der Böhrschen Statistik zu publiciren.

Es ist hier nicht der Ort, die Zuverlässigkeit der von Ehlers benutzten Statistik und die namentlich von Hegar dagegen erhobenen Einwendungen zu prüfen. Die Erhebungen über den Puërpalfiebertod werden aus naheliegenden und oft wiederholten Gründen eine vollkommene Zuverlässigkeit in absehbarer Zeit nicht erlangen.

¹⁾ Hegar, Volkmanns Sammlung klin. Vortr. No. 351 und Vortr. Neue Folge, No. 29.

²⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 3, pag. 17—152.

³⁾ Ehlers, Zur Statistik des Puërpalfiebers. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XVI. Heft 2.

Immerhin werden die späteren Zählresultate hinter den früheren Eintragungen auf keinen Fall zurückstehen können, wenigstens nicht in Bezug auf Berlin, wenn man, wie dies Ehlers gethan hat, in allen zweifelhaften Todesfällen von Frauen im gebärfähigen Alter directe Nachforschungen bei den Aerzten anstellt, die die Todtenscheine unterschrieben haben. Ehlers hat derartige Nachfragen in nicht weniger als 164 Fällen bei 119 Berliner Aerzten unternommen.

Sehen wir indessen von der Vergleichung der früheren und der späteren Puerperalfieber-Statistik ab und halten wir uns lediglich an die Vergleichung der „Todesfälle im Kindbett“, die sich aus der Böhr'schen Tabelle über 1864/75 und der Ehlers'schen über 1876/87 für Berlin ergeben. Hier haben wir ein auf völlig gleicher Grundlage, nämlich die Zahlen des K. Preussischen Statistischen Amtes, beruhendes Material vor uns. Es muss nun gewiss als ein sehr erfreulicher Fortschritt anerkannt werden, dass sich aus diesem Vergleich eine Verbesserung von 31,8% ergibt, da die Zahl der Todesfälle im Kindbett 1876/87 nur 0,448% gegen 0,657% in der vorantiseptischen Zeit betrug¹⁾.

Bedenken wir dabei, dass ein Theil (Ehlers nimmt das wohl etwas zu hoch gegriffene Verhältniss von 25% an) der Wochenbetts-Todesfälle, nämlich die nicht infectiösen — Eclampsie, Blutungen, Vitium cordis etc. —, eine offenbar wenig variable Grösse darstellt, so erscheint die durch die Beobachtung der antiseptischen Massregeln zunächst in Berlin eingetretene Besserung in noch hellerem Licht.

Für Baden hat Hegar (l. c.) eine analoge Verbesserung der Wochenbetts-Mortalität nicht constatiren können. Die Zahl der Todesfälle während der ersten 21 Tage nach der Geburt ist sich dort seit fast 40 Jahren nahezu völlig gleich geblieben, ja der Durchschnitt der Jahre 1883—1887 war sogar ungünstiger, als der der Jahre 1878—82. Hegar sucht die Erklärung in der durch das Vertrauen auf die Antisepsis gesteigerten Operationsfrequenz, einer ärztlichen Vielthuerei, die namentlich, wo es sich um die leidige Placentalösung handelt, recht oft einen übeln Ausgang im Gefolge hat und so die Segnungen der antiseptischen Prophylaxis wieder aufwiegt.

Ich bin nicht im Stande, diese Ansicht Hegars statistisch zu prüfen, möchte ihm aber auf Grund der bei mancher Konsultation

¹⁾ Ehlers, Zur geburtshüfl. Statistik. Centralbl. f. Gyn. 1891, Nr. 39.

im Wochenbett gewonnenen Erfahrung — zumal was die ländliche Bevölkerung betrifft — durchaus beipflichten.

Und an die Spitze derjenigen Massregeln, durch welche die Sterblichkeits- und Krankheitsverhältnisse der ausserhalb der Anstalten Entbundenen in Zukunft gebessert werden können und müssen, möchte ich die Warnung für alle Aerzte, namentlich für alle jungen Collegen setzen: niemals aus irgend einer äusseren Ursache von den bewährten Grundsätzen der Schule abzuweichen und ohne klare und Jedem gegenüber zu vertretende Indication operativ einzugreifen, weil ja doch bei Beobachtung der antiseptischen Massregeln „etwas besonders Schlimmes“ der Frau nicht passiren könne. Drei und viermal mag die unnöthige Placentalösung oder eine aus purer Ungeduld bei schlecht vorbereiteten Weichtheilen (etwa nach den beliebten Incisionen) angelegte Zange glücklich oder doch glimpflich ablaufen, — aber im nächsten Fall kommt die Strafe: der Arzt sieht, wie durch seine Schuld eine ganze Familie unglücklich gemacht wird, und vergeblich versucht er, sich der peinlichen Selbstanklagen zu erwehren, die ihn niederdrücken und seine Berufsfreudigkeit lähmen.

Und nicht nur der Selbstanklagen! In den Kreisen der gebildeten Laien ist einerseits die Kenntniss von der gewöhnlichen Ursache schwerer Wochenbettserkrankungen so weitverbreitet, und es umgiebt andererseits gewöhnlich bald ein so bestimmter Ruf des vorsichtigen, pflichtgemässen Abwartens oder des hastigen, rücksichtslosen Handelns den jungen Geburtshelfer, dass sein eigenstes Interesse ihn von einer allen Theilen schädlichen Polypragmasie jetzt nicht weniger abhalten müsste, als in der vorantiseptischen Zeit in der man für die übeln Ausgänge allerhand miasmatische Einflüsse, den ungünstigen genius epidemius u. A. verantwortlich machen durfte.

Aber die Zahl der häuslichen Entbindungen und Wochenbetten, die durch die Vorschriften und das Handeln des Arztes beeinflusst werden, verschwindet gegenüber derjenigen, bei denen nur weibliche Hülfeleistung stattfindet. Von den Hebammen, von ihrem Verständniss für die Entstehungsweise und ihrer Schulung zur Verhütung der fieberhaften Erkrankungen im Wochenbett wird man daher in erster Linie eine Besserung der bisherigen, in der That besserungsbedürftigen Gesundheitszustände erwarten müssen.

Die Mittel und Wege, die zur Erreichung dieses hohen Zieles eingeschlagen wurden, zerfallen im Wesentlichen in 2 Gruppen: 1. alle diejenigen Reformbestrebungen, die den allgemeinen Bildungsgrad und die Fach-Ausbildung und damit auch die sociale Stellung der Hebammen auf ein höheres Niveau zu bringen und die Einzelnen vor der Degeneration in der Praxis zu bewahren suchen, und 2. alle die zahlreichen Spezialvorschriften, die Seitens der staatlichen wie der communalen Verwaltungsbehörden für die Hebammen in Bezug auf die aseptische Abwartung der Geburten und die Verhütung der Verschleppung von Wochenbettskrankheiten erlassen oder befürwortet wurden.

Was die erste Gruppe betrifft, so kommen zunächst alle diejenigen Reformen in Betracht, durch die der Stand der Hebammen überhaupt gehoben werden soll: die erhöhten Anforderungen an die allgemeine Vorbildung bei der Auswahl der Lehrtöchter, die Verlängerung und Vertiefung des Hebammenunterrichts, die Einführung einer zeitgemässen Gebührentaxe. — Sodann die Gelegenheit, die den Hebammen geschaffen wurde, um die in dem Lehrkursus erlangten Kenntnisse zu sichern und zu ergänzen und sie von der durch die Noth und Plage ihres Berufes ihnen drohenden Degeneration zu schützen.

In dieser Hinsicht ist namentlich der erfolgreichen Bemühungen K. Schröders zu gedenken, der die Hebammen noch in der letzten Zeit seines allzu früh beendeten Wirkens ermahnte, aus eigener Kraft, in treuer Vereinsthätigkeit sich gegenseitig zu fördern und zu heben, und der dadurch den Anstoss zur Gründung zahlreicher Hebammenvereine und zum Erscheinen der von Winter redigirten Allgem. deutschen Hebammenzeitung gab. Diese Vereinigungen sehen wir von Jahr zu Jahr sich kräftiger entwickeln und mehr und mehr Einfluss auf das selbstständige Denken und Handeln sowie auf den collegialen Sinn der Hebammen gewinnen.

Es muss ferner der den Hebammen in einzelnen Städten (namentlich solchen mit reich entwickelter Industrie) gebotenen Gelegenheit gedacht werden, sich in den nach Brenneckes Vorschlag eingerichteten Gebärasylen über die in der Geburtshilfe gemachten Fortschritte praktisch unterweisen und die in der Lernzeit erworbenen Kenntnisse auffrischen zu lassen. — Endlich auch zahlreicher selbstloser Bemühungen Seitens praktischer Aerzte, durch belehrende Vorträge und durch das eigene Beispiel in der

peinlichen Beobachtung der Prophylaxe Wissen und Moral in dem Hebammenstand zu heben.

Unter den Seitens der Regierungen in dieser Hinsicht getroffenen Einrichtungen verdienen als die bedeutungsvollsten hervorgehoben zu werden: die jährlich stattfindenden Nachprüfungen der Hebammen durch die Physikats- (Amts-) Aerzte und namentlich die Wiederholungscourse für Hebammen in den staatlichen Entbindungsanstalten. Für die Hebammen der ländlichen Bezirke, die nicht leicht oder überhaupt gar nicht an der Vereinsthätigkeit sich betheiligen können, und für die ohne die Auslegung durch das lebendige Wort des Lehrers ein gut Theil des Inhaltes der Hebammenzeitung unverständlich bleibt, sind die oben genannten Einrichtungen von ganz besonderem Werth. Dass unter ihnen wiederum die zuletztgenannte, die Einberufung der Hebammen zu Wiederholungscursen, von viel nachhaltigerer Wirkung als die kurze Nachprüfung an einem angesetzten Termin sein muss, darüber waren von Anfang an alle Hebammenlehrer einig. Freilich hielt man die Ausführung dieser reformatorischen Maassregel zunächst für ganz ausserordentlich schwierig, für einen zur Zeit unerfüllbaren, frommen Wunsch (Dohrn).

Die hessische Regierung hat inzwischen gezeigt, dass es wohl möglich ist, ohne erhebliche Kosten, ohne Schädigung des Gemeinwohls und ohne bei den Hebammen selbst auf nennenswerthen passiven Widerstand zu stossen, diese Reform durchzuführen. Erleichtert wurde der Verwaltungsbehörde die Durchführung durch die relativ grosse, in Oberhessen entschieden viel zu grosse Zahl der approbirten Hebammen.

Die vom 21. Juni 1891 datirte Ministerialverfügung bestimmte, dass in den beiden Entbindungsanstalten des Grossherzogthums, in Mainz und Giessen, dort im Frühjahr, hier im Herbst alljährlich derartige Wiederholungslehrgänge abgehalten werden. Sie sollen sich für die einzelnen Hebammen alle 5 Jahre wiederholen und in der Regel 8 Tage dauern, doch ist der Director befugt, den Lehrgang um 8 Tage zu verlängern, falls bei einer Hebamme ein besonders auffallender Rückgang wahrgenommen werden sollte. — Verpflegung und Unterricht in der Anstalt sind unentgeltlich. Zur Theilnahme an den Lehrgängen wählen die Kreisgesundheitsämter (Physici) alljährlich den 5. Theil der in den betr. Bezirken ansässigen Gemeinde- und der sich hierzu bereit erklärenden Privathebammen

aus und theilen die Listen den Grossherzoglichen Kreisämtern mit. Diese benachrichtigen die Hebammen von ihrer demnächstigen Einberufung und theilen die Listen den Directionen der Entbindungsanstalten mit. Durch die letzteren erfolgt dann unter Vermittelung der Kreisämter die Einberufung.

Ich habe über die bei der Abhaltung der ersten Wiederholungslehrgänge (October und November 1891) gemachten Erfahrungen s. Z. in der Deutsch. med. Wochenschrift berichtet¹⁾ und kann hier auf meine damalige Mittheilung mit um so besserem Recht einfach verweisen, als der 2. Cursus, während dessen Abhaltung diese Zeilen geschrieben werden, lediglich das damalige Urtheil bestätigt hat. Auch jetzt muss ich sagen, dass ich kein Mittel angeben könnte, durch das die Regierung zur Zeit und unter den gegebenen Verhältnissen die Hebammen, — wenn wir von der Hebung ihrer materiellen Lage an dieser Stelle absehen, — wirksamer vor der Degeneration schützen könnte, keines, durch das sie namentlich auch die älteren Hebammen mit den modernen antiseptischen Massregeln gründlicher vertraut machen könnte, als diese Curse in der Anstalt. Der letztgenannte Punkt ist gerade für unser Thema der eigentlich bedeutungsvolle, und er ist gewiss derjenige, der auch für die Regierung an erster Stelle bestimmend gewesen ist bei der Einführung der Massregel. Denn wir dürfen zwar nicht erwarten, dass im Zeitraum von 8 Tagen eine Landhebamme, die etwa das 50. Jahr schon überschritten hat, allerhand neue Kenntnisse erwerben und dauernd festhalten wird, wohl aber, dass die eine Woche hindurch täglich geübte Desinfection der Hände, die Beobachtung der Aerzte bei ihrer Vorbereitung zum Untersuchen und Operiren, die Wahrnehmung der günstigen Gesundheitsverhältnisse auf dem Wochensaal und endlich der drastische Nachweis des Unterschiedes zwischen unsauberen und sauberen Fingern durch einige Plattenculturversuche lebhaften und bleibenden Eindruck bei ihr machen wird.

Die Einberufenen sind — wohl mit wenig Ausnahmen — dankerfüllt und mit dem festen Vorsatz, den erhaltenen Weisungen dauernd nachzukommen, in ihren Heimathsort zurückgekehrt. Mögen nun auch unter der Last und Sorge des täglichen Lebens

¹⁾ H. Löhlein, Die ersten Wiederholungslehrgänge für Hebammen im Grossherz. Hessen. D. M. W. 1892. Nr. 9.

und in Folge der beschränkten Gelegenheit, das Gelernte praktisch zu bethätigen, (vergl. meinen oben citirten Bericht) bei der Einen und der Andern die gefassten Vorsätze früher oder später in's Wanken gerathen, so ändern doch derartige Ausnahmen nichts an dem Gesamteindruck, den wir in diesem Jahr erneut empfangen haben: dass es sich um eine wohlbegründete, sicher segensreiche Reform handelt, deren Bedeutung für das Leben und die Gesundheit zahlreicher Frauen — in erster Linie der Dörfer und kleinen Städte — hoch eingeschlagen werden muss, und die in der einfachen, in Hessen erprobten oder in irgend einer anderen Form auch in den übrigen deutschen Bundesstaaten eingeführt zu werden verdient.

Wir kommen zur zweiten Gruppe: den prophylaktischen Spezialvorschriften. Welche Weisungen sollen der Hebamme gegeben werden, um Kreissende und Wöchnerinnen vor der Infection von dieser Seite zu schützen?

Der weitestgehende Vorschlag, der zu diesem Zweck gemacht wurde, verlangt, dass ihnen die innere Exploration, durch die zweifellos am häufigsten der Keim für die puerperale Erkrankung eingebracht wird, überhaupt untersagt oder doch nur ganz ausnahmsweise gestattet werden soll. Litzmann, Halbertsma und Credé haben schon früher, Hegar, Leopold und J. Veit besonders lebhaft in den letzten Jahren dahinzielende Forderungen gestellt, resp. Erfahrungen, welche die Durchführbarkeit beweisen sollten, mitgetheilt.

Der letztgenannte Autor ¹⁾ will die innere Untersuchung Seitens der Hebammen nur auf ganz bestimmte, von ihm sowohl für die Eröffnungs- wie für die Austreibungsperiode formulierte Anzeigen hin gestatten. Die Hebammen sollen gehalten sein, jede während einer Entbindung gemachte innere Untersuchung in einer besonderen Rubrik ihres Tagebuchs zu verzeichnen, damit der controllirende Physikus im Fall einer puerperalen Erkrankung sieht, ob innere Untersuchungen vorgenommen sind, und deren Begründung prüft. Um die letztere wird die Hebamme übrigens kaum in Verlegenheit gerathen, da „mangelhafte Wehenthätigkeit verschiedener Art“ und „mangelhafter Fortschritt in der Geburt“ als Indication für die innere Untersuchung mitaufgeführt sind.

Bei demjenigen mittleren Grad der diagnostischen

¹⁾ J. Veit in Berlin. Klin. Wochenschr. 1891, p. 467—70.

Ausbildung, welcher in der Hebammenwelt von heute vorausgesetzt werden darf, und mit dem bei der Aufstellung allgemeingültiger Vorschriften gerechnet werden muss, scheint mir die Forderung einer völligen Unterlassung der inneren Exploration bei uncomplicirten Geburten erheblich über das Ziel hinauszuschiessen. Gerade wiederum die in den Repetitionscursen gemachten Erfahrungen lassen mich so urtheilen. Auch die besten unter unseren Landhebammen würden nach dem Ergebniss meiner Beobachtungen nicht in der Lage sein, ohne vorgenommene innere Exploration einer besonders ängstlichen und ungeberdigen Kreissenden mit der Jene beruhigenden Bestimmtheit zu versichern, dass es sich um eine einfache, uncomplicirte Geburt handelt. Und nun gar die mittelmässigen! Kannten doch die ältesten Jahrgänge der einberufenen Hebammen die äussere Untersuchung kaum vom Hörensagen, und hatten doch auch die jüngeren und besseren Hebammen offenbar in der Praxis die während des Unterrichts erlangte Uebung zum mindesten nicht häufig verwerthet und weiter ausgebildet!

Wie wenig ermuthigend diese Beobachtung auch war, so glaube ich doch, dass es in abschbarer Zeit anders und besser in diesem Punkte werden wird. Denn wir haben uns zur Genüge überzeugt, dass die Hebammen, alte und junge, fast ausnahmslos ein gutes Verständniss für die technischen Einzelheiten der äusseren Untersuchung zeigten und in verhältnissmässig kurzer Zeit eine gewisse Sicherheit in derselben erwarben. Je mehr beim Hebammenunterricht jetzt und in Zukunft die äussere Untersuchung gepflegt, je mehr andererseits das Bewusstsein der directen Gefährdung einer gesunden Kreissenden durch jede nicht streng aseptisch vorbereitete innere Untersuchung in *succum et sanguinem* der Hebammen übergeht, um so sicherer wird die uns beschäftigende Forderung auch in der bescheidenen Form: möglichste Einschränkung der inneren Untersuchung Kreissender und Neuentbundener segensreich wirken.

J. Veit hat zu einseitig die Verhältnisse der Grossstadt, und zwar von Berlin, W.!, die mir ja sehr wohl bekannt sind, im Auge gehabt, als er die innere Untersuchung bei physiologischen Geburten den Hebammen überhaupt verboten wissen wollte. Aber man vergleiche nur die Situation, in der sich eine geschickte und gewissenhafte ländliche Hebamme befindet, die nach einem günstigen Er-

gebniss der äusseren Untersuchung auf die innere völlig verzichtet, gegenüber den immer wiederholten Fragen, die ihr zumal bei einer Erstgebärenden mit etwas zögernder Wehenthätigkeit über den Fortschritt und die Vorhersage der Geburt gestellt werden, — mit der Situation, in der sich die grossstädtische Hebamme befindet. Die Erstere wird die schwersten Vorwürfe ob ihrer Bequemlichkeit und Fahrlässigkeit auszuhalten haben, wenn es das Unglück will, dass im weitem Geburtsverlauf Complicationen sich einstellen, die etwa den Tod des Kindes kurz vor dem Austritt zur Folge haben. Die Letztere wird sehr viel ruhiger solchen Ereignissen entgegensehen, da sie weiss, dass bei den geringsten bedrohlichen Zeichen doch schleunigst ein Arzt, meist ein Spezialist, zugezogen wird, der da, wo die Hebamme factisch keine Schuld trifft, dies den Angehörigen unschwer klar machen und ihre Zurückhaltung betreffs der innern Untersuchung lobend anerkennen wird. — J. Veit hat dies übrigens selbst sehr wohl empfunden, denn er erklärt das Verbot für durchführbar „mit verständigen Hebammen und einsichtsvollem Publikum.“

Das Wichtigste ist, dass das Bewusstsein der Verantwortung, die mit dem innern „Angriff“ verbunden ist, in jeder Hebamme lebendig ist. Dass dieses Bewusstsein durch Wort und Beispiel des unterrichtenden Arztes während des Lehrcursus geweckt und wiederum durch das Beispiel der Aerzte, mit denen draussen die Hebamme in Berührung kommt, immer mehr befestigt wird, — dafür werde zunächst allerorten gesorgt.

Dann werden die Hebammen, die während einer gewöhnlichen Entbindung mehr als nöthig (1—2 mal) und nicht ganz gründlich vorbereitet innerlich untersuchen, zu den Ausnahmen gehören; sie werden durch ihre ungünstigere Wochenbettsmorbidität bald genug die Aufmerksamkeit des Physikus auf sich lenken und bald genug in allen einigermaßen urtheilsfähigen Kreisen als die weniger empfehlenswerthen gelten.

Wie die innere Untersuchung in einer für die Kreissende unschädlichen Weise ausgeführt wird, dafür sind der Hebamme in amtlichen und litterarischen Veröffentlichungen, deren Zahl Legion ist, Weisungen gegeben. Der kurzen Besprechung einiger Grundsätze mag die Bemerkung vorausgeschickt werden, dass ich es für müssig halte, wenn in den letzten Jahren vielfach vom Gegensatz

der Antisepsis und der Asepsis und von dem Sieg der letzteren über die erstere wie bei der ganzen Abwartung der Geburt, so namentlich bei der geburtshülfflichen Exploration gesprochen wird. Kein denkender Geburtshelfer wird in dem Gebrauch antiseptischer Mittel etwas anderes erblicken, als eine Beihülfe für die Durchführung der „Asepsis“, und zwar eine Beihülfe, die wir zur Zeit nicht entbehren können. Wenn der Eine das Antisepticum nur für die Vorbereitung der Hände für die Untersuchung empfiehlt, der Andere auch den Introitus und seine Umgebung ausser durch Seifenwasser durch eine antiseptische Lösung zu reinigen, der Dritte endlich die Einführung von Krankheitserregern in die Gebärmutter durch Auswaschen der Scheide zu vermeiden rath, — so bedeutet dies meines Erachtens nur graduelle, aber keine principiellen Verschiedenheiten in dem Streben nach dem völligen Fernhalten pathogener Organismen.

Eine wichtige Frage ist: welches Antisepticum soll der Hebamme empfohlen werden? Sublimat, das sich in den Anstalten überall als das zuverlässigste bewährt hat, ist zu gefährlich für den Hausgebrauch und ausserdem für die Instrumente nicht verwendbar. Darum ist es zur Zeit wohl am besten, bei der vom Beginn der Antisepsis an bevorzugten Carbolsäure zu bleiben, obgleich sich Creolin und in den letzten 2 Jahren namentlich Lysol als sehr beachtenswerthe Concurrenten eingeführt haben. Das Lysol hat sich wie in mehreren geburtsh. Kliniken so auch gerade bei der poliklinischen Verwendung bis jetzt wohl bewährt.¹⁾ Es wird ihm von allen Seiten der besondere Vorzug nachgerühmt, dass es die natürliche Schlüpfrigkeit der weichen Geburtswege nicht aufhebt. Der letztere Umstand kommt aber mehr für die meist pathologisch complicirten Geburten einer Poliklinik, als für die Abwartung der physiologischen Geburt in Betracht. Bei letzterer soll eben überhaupt Seitens der Hebammen nicht ausgespült werden, weder „präliminar“, noch inter oder post partum, es sei denn, dass es von ärztlicher Seite direct angeordnet ist. Wo aber letzteres der Fall ist, dann wird der Arzt dasjenige Antisepticum verordnen, das ihm den gegebenen Indicationen am besten zu entsprechen scheint. In den allgemeinen Vorschriften für die Hebammen jedoch soll man, wie gesagt, zunächst am Carbol festhalten.

¹⁾ Conf. A. Martin, Der ärztliche Praktiker. 1892. Nr. 37.

Zwei Jahrzehnte waren dazu nöthig, um den Gebrauch dieses Mittels sich einbürgern zu lassen und um es dahin zu bringen, dass die Hebamme brauchbare Lösungen für sich und für den Arzt zu-rechtmacht. Der lächerliche Zusatz von einigen Esslöffeln einer 2procentigen Lösung auf eine colossale Waschschüssel Wasser, den wir so oft die Hebamme dem Arzt mit selbstbewusster Miene für seine Desinfection bewilligen sahen, ist endlich in das Reich der Mythe hinabgestiegen, um in unserer Erinnerung noch lange fort-zuleben. Dies allein ist Grund genug, um an dem mühsam Erreichten nicht allzubald zu rütteln, und uns zu hüten, dass wir nicht der Hebamme wie dem Publikum den letzten Rest des Vertrauens in ärztliche und behördliche Anordnungen durch Verwerfung des eben erst auf's Ernstlichste empfohlenen Mittels rauben.

In der grossen Mehrzahl der neueren Desinfectionsanweisungen wird der Hebamme die 3%ige Carbollösung empfohlen, so u. A. in der seit 1888 in Hessen eingeführten „Anweisung“, ferner in der eben erschienenen Ausgabe des Preussischen Hebammenlehr-buchs von 1892 und in Kehrers „Anleitung zur Untersuchung der Gravidac“ (Heidelberg 1892). Um so mehr ist zu beklagen, dass in der offenbar für weite Kreise bestimmten kurzen Anleitung von Credé-Leopold¹⁾ ganz undurchführbare Vorschriften für die Carbolsäuredesinfection gegeben sind: Nach Seite 21 No. 13 sollen die Hände, Fingernägel und Vorderarme, nachdem sie vorher 5 Minuten lang in warmem Wasser mit Handbürste und Seife ge-reinigt wurden, volle 3 Minuten lang in warmer 5%iger Carbol-lösung mit Handbürste und Seife gebürstet werden. Und die an-gegebene Reinigung der Hände hat vor jeder neuen inneren Unter-suchung während einer Entbindung durchaus wieder ebenso zu erfolgen. Ich habe den Versuch an mir selbst gemacht und ihn auch einige Schülerinnen machen lassen und mich dabei überzeugt, dass die Nachwirkung schon einer einmaligen derartigen Miss-handlung der Haut an ihrer Rauheit und Rissigkeit noch nach 24 Stunden zu merken ist, ganz zu geschweigen der Folgen einer mehrmaligen Wiederholung dieser Procedur binnen weniger Stunden. Es ist dies somit eine Vorschrift, die wegen ihrer Folgen zur Umgehung oder doch zur mangelhaften Beobachtung das untergeordnete Heilper-

¹⁾ Die geburtshülfliche Untersuchung. Leipzig, 1892.

sonal geradezu herausfordert, und ich kann mir ihre Empfehlung nur dadurch erklären, dass ich mir sage, Credé-Leopold wollten durch die Aufstellung besonders peinlicher Bedingungen von der inneren Untersuchung und namentlich von ihrer Wiederholung abschrecken¹⁾.

Hat die Hebamme durch 4—5 Minuten langes Waschen und Bürsten ihrer Hände und Vorderarme mit möglichst warmem Wasser und Seife und durch nachfolgendes Waschen und Bürsten mit 3%iger Carbollösung sowie durch Auskochen der bei der Geburt zu verwendenden Instrumente der subjectiven Prophylaxe in jedem Fall zu genügen, so gestaltet sich die Desinfection des Objects, der Kreissenden, meist einfach für sie. Bei normalem Schwangerschafts-Befund einer gesunden Frau wird die Sorge für reine Leibwäsche, frische Unterlagen, frischen Bettbezug, die gründliche Abseifung der äussern Genitalien und ihrer weiteren Umgebung und deren nachherige einmalige Desinfection mit 3prozentiger Carbol-lösung für gewöhnlich genügen. Dass ein streng abwartendes Verfahren der Hebammen während der Nachgeburtsperiode auch für die Verhütung fieberhafter Erkrankung im Wochenbett von positivem Werth ist, braucht hier nur kurz erwähnt zu werden.

Bei irgendwelchen Complicationen, die ärztliches Eingreifen erfordern oder die von vorneherein die Gesundheit im Wochenbett bedroht erscheinen lassen, muss ärztlicher Rath eingeholt werden. Die weiteren Vorschriften der Antisepsis werden von dieser Seite dann gegeben werden.

Hat trotzdem die Hebamme das Unglück, eine Wöchnerin nach einfacher Entbindung fieberhaft erkranken zu sehen, so ist wiederum ihre erste und wichtigste Pflicht, die Hinzuziehung eines Arztes zu fordern und einer leichtsinnigen oder indolenten Umgebung gegenüber, die sich mit dem „Milchfieber“ tröstet, auf dieser Forderung zu bestehen. Der Arzt mag dann die auch für ihn im Anfang oft ausserordentlich schwierige Frage entscheiden, ob und wann der

¹⁾ Dührssen hat mit Recht darauf aufmerksam gemacht (Allg. Deutsche Hebammenz. 1892, No. 20), dass auch die Vorschriften Leopolds bezüglich der Desinfection der äusseren Geschlechtstheile, nach welchen diese 5 Minuten lang abgebürstet (!) und dann noch 3 Minuten lang mit 2½%iger Carbol-lösung abgerieben werden sollen, undurchführbar sind, zumal da diese Reinigung bei einer länger dauernden Geburt alle 3 Stunden wiederholt werden soll. Wo wäre das Publikum, dem man diese Tortur zumuthen dürfte!

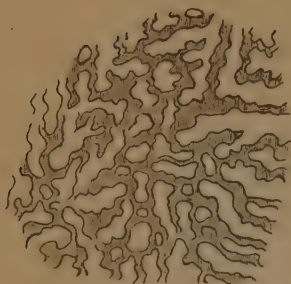
Fall als „Puërperalfieber“ dem Kreisarzt (Physikus) angezeigt werden muss. Er wird ferner die Hebamme anzuweisen haben, wie sie unter allen Umständen eine Uebertragung puërperaler Erkrankung vermeidet. Sobald es sich um ernstere fieberhafte Erkrankung handelt, sind ja Arzt und Hebamme in gleicher Weise gehalten, amtliche Anzeige zu erstatten, und dann empfängt die letztere ihre Weisungen von Seiten der Behörde. Die Behörde trifft daraufhin die ihr geeignet erscheinenden, namentlich auch disciplinarischen Massregeln, um die „Verschleppung des Kindbettfiebers“ zu verhüten.

Auf diese soll hier nicht eingegangen werden, um so weniger als „eine Verschleppung“ durch eine Hebamme, die in jedem einzelnen Fall ihrer Verantwortung sich bewusst ist und in jedem streng nach aseptischen Grundsätzen verfährt, nach unseren Anschauungen eigentlich nicht denkbar ist.

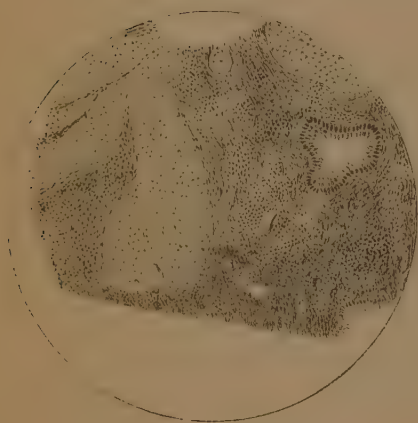
Freilich steht die Mehrzahl unserer Hebammen diesem eben gezeichneten Ideal recht fern. Aber die Zahl Derer, die sich ihm nähern, wächst von Jahr zu Jahr, und wir können daher kaum daran zweifeln, dass auch in der Hauspraxis eine spätere Statistik günstigere Mortalitäts- und Morbiditätsverhältnisse ergeben wird als die bisherige. Diesem hohen Ziel werden unsere Reformen um so zuverlässiger uns entgegenführen, je massvoller sie sind. Denn immer bewährt sich das alte Wort:

Medium tenuere beati.

3.



7.

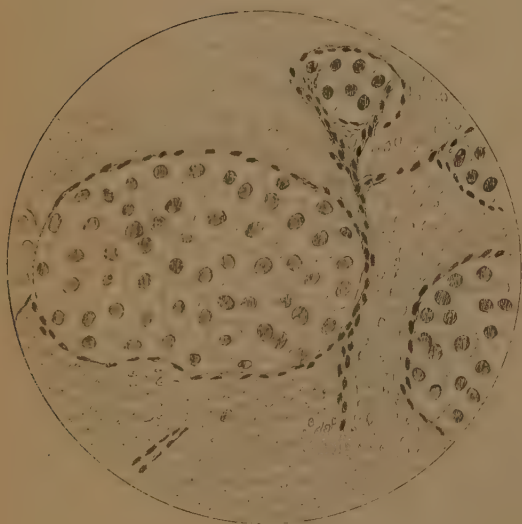


11.

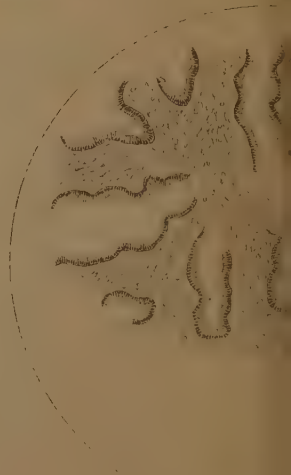


-h

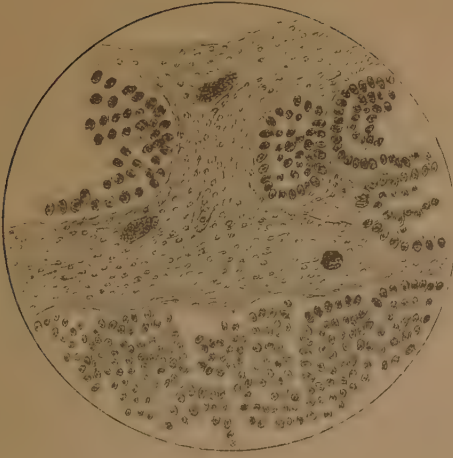
6.



7.



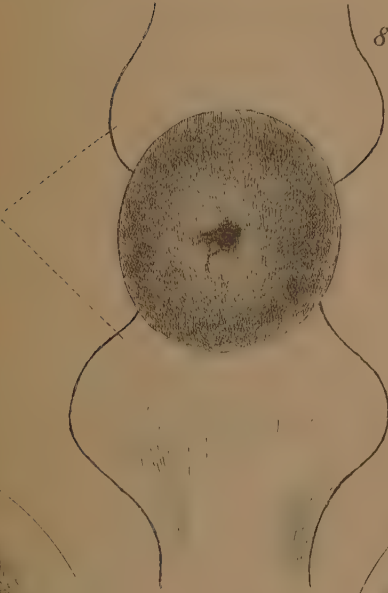
5.



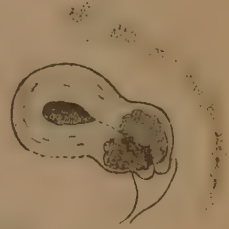
10.



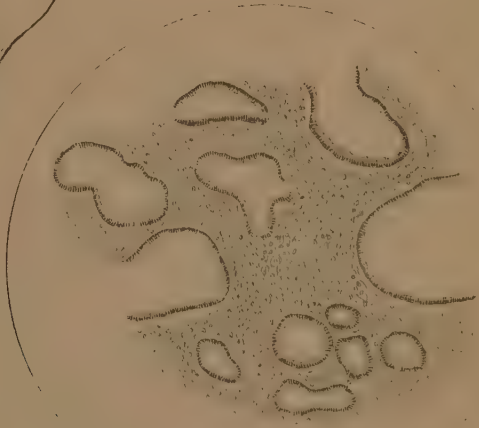
8.



9.



2.





3 2044 053 805 388